FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884

THÈSE

N° 137

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 *février* 1884, *à* 1 *heure*

PAR ALFRED BOURGUELLE
Né à Beaumetz-les-Loges (Pas-de-Calais), le 23 novembre 1854.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES SUITES ÉLOIGNÉES DE L'OVARIOTOMIE

DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE

CONSÉCUTIVE A L'OVARIOTOMIE

Président : M. VERNEUIL, *professeur*.
Juges : MM. { FOURNIER, *professeur*.
SEGOND, REYNIER, *agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. DAVY, Successeur
52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1883 1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

137

Année 1884 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 février 1884, à 1 heure

Par Alfred BOURGUELLE

Né à Beaumetz-les-Loges (Pas-de-Calais), le 23 novembre 1854.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES SUITES ÉLOIGNÉES DE L'OVARIOTOMIE

DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE

CONSÉCUTIVE A L'OVARIOTOMIE

Président : M. VERNEUIL, *professeur*.

Juges : MM. FOURNIER, *professeur*. SEGOND, REYNIER, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1884

FACULTÉ DE MEDECINE DE PA

Doyen	M. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) JACCOUD. HARDY. POTAIN.
Clinique des maladies des enfants	N.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	PAJOT.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :
M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	HALLOPEAU.	PEYROT.	RIBEMONT.
BOUILLY.	HANOT.	PINARD.	RICHELOT.
BUDIN.	HANRIOT.	POUCHET	RICHET.
CAMPENON.	HENNINGER.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert).
DEBOVE	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIER.
GUÉBHARD.	LANDOUZY.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

● Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine
Officier de la Légion d'honneur.

A MM. LES PROFESSEURS TRÉLAT ET LE FORT

A M. LE DOCTEUR TERRILLON

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux

A M. LE DOCTEUR MONOD

Professeur agrégé à la Faculté de médecine

A MES ANCIENS PROFESSEURS DE L'ÉCOLE D'ARRAS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES SUITES ÉLOIGNÉES DE L'OVARIOTOMIE

DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE

CONSÉCUTIVE A L'OVARIOTOMIE

INTRODUCTION

Depuis le jour où un chirurgien tenta la première ovariotomie, que de progrès accomplis! Ce n'est plus par dizaines, ni par centaines que l'on compte les maladès opérées, mais par milliers, et les succès sont assez nombreux pour faire de cette opération une des moins graves peut-être de la grande chirurgie !

Ces succès sont dus aux perfectionnements des méthodes opératoires et à la minutie des précautions dont s'entourent les opérateurs, tout autant qu'à l'introduction des pansements antiseptiques dans la thérapeutique chirurgicale.

Il y a quelques années à peine, les chirurgiens, préoccupés avant tout de la nouveauté et de la difficulté de l'ovariotomie, ne s'inquiétaient que de mener à bonne

fin l'opération et d'assurer la guérison immédiate des malades.

Aujourd'hui tout souci de l'état présent a en quelque sorte disparu ; les insuccès sont l'exception, et, craignant moins pour l'existence des opérées, on s'inquiète davantage de leur état à venir.

Voilà pourquoi, dans ces derniers temps, la question des suites de l'ovariotomie, surtout des *suites éloignées*, a été mise à l'ordre du jour; voilà pourquoi nous nous sommes aussi décidé, sur le conseil de notre maître, M. Terrillon, à traiter, dans les quelques pages de cette thèse, des résultats éloignés de l'ovariotomie simple ou double, mais toujours *complète*.

En 1882, M. le Dr Le Bec, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, a déjà publié dans les *Archives générales de médecine* (vol. IX, p. 663 et vol. X, p. 49), un intéressant article sur les suites éloignées de l'ovariotomie.

Spencer Wells, dans son *Traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus* (trad. du Dr Paul Rodet, 1883), a consacré le chapitre XVI aux résultats de l'ovariotomie et aux suites de l'opération chez les malades guéries.

Il y a quelques années, le 8 juin 1874, M. le professeur Panas faisait à la Société de chirurgie une communication sur ces résultats éloignés et spécialement sur un cas de dégénérescence cancéreuse généralisée, consécutive à l'ovariotomie.

Nous avons peu de faits nouveaux à ajouter à ceux de ces auteurs et la menstruation, la conception, les modifications générales de la santé et les transforma-

tions physiologiques, chez les opérées guéries, ont fai l'objet de chapitres à peu près complets; nous nous contenterons donc, afin d'être aussi complet que possible, de résumer d'abord, à titre d'historique, les travaux de ces chirurgiens en y joignant quelques observations nouvelles peu connues ou même inédites, puis nous passerons en revue, dans divers chapitres, certains accidents, certains faits sur lesquels les écrivains n'ont pas insisté ou dont ils n'ont pas parlé :

1° Des effets de l'ovariotomie sur la menstruation, la conception et les autres fonctions physiologiques ;

2° Hémorrhagies par le pédicule;

3° Éventration;

4° Récidive du kyste;

5° Péritonite secondaire. Obstruction intestinale. Fistule fécale.

6° Dégénérescence cancéreuse cousécutive à l'ovariotomie.

Nous n'ignorons pas les imperfections de cette étude, mais une grosse difficulté, signalée du reste par Spencer Wells et Le Bec, nous a souvent arrêté; en effet, les chirurgiens, que nous avons consultés, n'ont pas toujours pu suivre leurs opérées après la sortie de l'hôpital, et nous n'avons pas toujours réussi, malgré nos soins, malgré de nombreuses courses à travers les rues de Paris, à retrouver celles qu'ils nous avaient indiquées.

Quoi qu'il en soït, nous remercions MM. les professeurs Trélat et Le Fort et M. le Dr Monod du bienveillant concours qu'ils nous ont prêté dans nos recher-

ches; nous prions M. Terrillon, notre maître, d'agréer l'hommage de notre reconnaissance pour la sympathie qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner, nous devons à ses excellents conseils et à sa direction d'avoir pu mener à bonne fin ce travail, bien faible contribution à l'histoire générale de l'ovariotomie.

CHAPITRE Ier

DES EFFETS DE L'OVARIOTOMIE SUR LA MENSTRUATION, LA CONCEPTION ET LES AUTRES FONCTIONS PHYSIOLOGIQUES.

Ainsi que nous le faisons remarquer plus haut, l'article de M. le Bec, a, pour ainsi dire, épuisé le sujet en ce qui concerne la menstruation, la conception et les autres fonctions physiologiques; nous nous contenterons de suivre d'abord cet auteur dans le développement de sa thèse, la complétant en certains points, s'il y a lieu, et renvoyant aux divers chapitres de notre travail pour les accidents dont il s'est moins spécialement occupé.

L'importance fonctionnelle des ovaires est suffisamment connue; nous n'y insistons pas et nous examinons immédiatement les modifications apportées dans l'organisme à la suite de l'ovariotomie, en commençant par les effets résultant de l'ablation d'un seul ovaire.

OVARIOTOMIE SIMPLE. — *Menstruation.* — Les menstrues, d'après la plupart des auteurs, loin d'être jamais influencées d'une manière défavorable à la suite de l'ovariotomie simple, sont même parfois positivement améliorées et régularisées; dans certains cas, l'opération a pu déterminer leur apparition (Spencer Wells).

Ce phénomène trouve son explication dans l'amélioration de l'état général des opérées, dont les fonctions

étaient troublées ou interrompues par le développement du kyste, et, fait digne de remarque, la ponction du kyste, comme dans un cas d'une malade de Velpeau, cité par Boinet, ne paraît pas amener ce résultat ; ce fut l'ovariotomie qui, chez cette femme, produisit le retour à la santé et rendit les règles normales.

Quelquefois cependant, dit Boinet, les menstrues deviennent irrégulières et même ces sent complètement. Ormières (in thèse de Paris, 1880), sur 37 observations d'ovariotomie simple, a noté cinq fois l'absence des règles après l'opération (trois n'étaient déjà plus menstruées auparavant ; des deux autres, l'une avait 40 ans, l'âge de la seconde n'est pas indiqué). Nous-même, chez deux malades de M. Terrillon, nous avons constaté l'absence des règles ; mais la première avait atteint la ménopause avant l'opération et la seconde était âgée de 45 ans.

Les *époques* de retour des règles ne présentent rien de spécial quant à la date du flux, dont *l'abondance* cependant est *diminuée* en *quantité* et en *durée*, ainsi qu'il résulte des observations de Peaslee et des autres auteurs.

La *direction* du sang, qui, dans la majorité des cas, s'écoule en totalité par le vagin, offre des particularités curieuses, sur lesquelles nous reviendrons dans le chapitre suivant.

Y a-t-il des changements dans les *désirs sexuels ?* Spencer Wells répond par l'affirmative ; dans certains cas, ils auraient augmenté, mais la plupart des chirurgiens n'ont rien observé de particulier. Boinet constate simplement qu'ils ne sont pas abolis.

La *conception* subit-elle des modifications graves? Non; cependant la faculté de reproduction est diminuée, puisque les chances du côté de la femme sont théoriquement diminuées de moitié : telle était la conclusion de sir John Hunter, à la suite d'une expérience sur une truie.

Les femmes, qui ont été opérées, sont-elles aptes à procréer des enfants des deux sexes ? Évidemment oui, et les observations de Spencer Wells, de Granville Bantock, de sir William Fergusson, de Kiwisch, de Peaslee, comme des opérateurs français, le prouvent surabondamment. Il y a même des cas de femmes donnant naissance à deux jumeaux, de sexe différent. Notons en passant que Spencer Wells a constaté que 117 femmes ont donné naissance à un total de 228 enfants des deux sexes et que plusieurs femmes, mariées depuis quelques années sans avoir eu d'enfants, en ont eu après l'ovariotomie.

Les *adhérences généralisées*, suivant l'observation d'Atlee reproduite par M. Le Bec, ne nuisent pas toujours à la fécondation. Ces cas même doivent être assez nombreux.

L'ovariotomie simple ne paraît pas porter atteinte à l'*état général* de la santé. Peaslee, à la vérité, ne se prononce pas, ou plutôt se tient sur une certaine réserve; J. L.-Championnière cite un cas d'engraissement ; Duplay déclare l'état général ordinairement indemne ; Boinet signale un embonpoint remarquable survenant surtout chez les femmes opérées après la ménopause.

M. Le Bec a tenté de retrouver quelques malades de

M. le professeur Duplay; voici le résultat de son enquête, qui a été fort difficile : Chez les diverses malades visitées, deux se plaignaient d'avoir trop engraissé ; une est restée maigre; toutes se portaient bien ; les règles étaient normales; aucune ne témoignait de modification de la voix ; une, ayant négligé de porter une ceinture, fut atteinte d'une éventration.

Nous avons rencontré les difficultés signalées par M. Le Bec dans son enquête près des malades de M. Duplay : M. Terrillon ayant bien voulu nous autoriser à visiter ses opérées, nous n'avons pu malheureusement retrouver le domicile et les traces que de quelques-unes d'entre elles, et les renseignements recueillis sont encore bien incomplets.

Obs. I. — Mme D..., âgée de 45 ans ; opérée le 18 mars 1882, sort guérie le 20 mai.

Etat de la malade en décembre 1883 : les menstrues, irrégulières avant l'opération, ont été complètement supprimées. La santé est excellente. Elle se plaint de trop engraisser. Ayant négligé de porter sa ceinture, elle a depuis quatre mois une hernie à la partie inférieure de la cicatrice.

Obs. II. — Mme H..., opérée le 26 septembre 1882, sortie le 30 octobre.

Cette malade, revue au mois de décembre 1883, se portait très bien, mais n'avait pas engraissé. Elle avait atteint la ménopause avant l'opération. Cicatrice solide.

Obs. III. — Mme C..., opérée le 15 janvier 1883. Guérison au 11 février.

En décembre, la malade se trouve dans un bon état de santé. Cependant, depuis quelque temps, elle a des vomissements; les

seins sont gonflés; la menstruation, régulière après l'opération, a cessé depuis trois mois; grossesse probable.

Mme S.... Opération le 3 octobre 1882, sortie le 6 novembre.
Mme Fl.... Opération le 29 mai 1883, sortie le 16 juillet.
Mme Fon.... Opération le 5 juin 1883, sortie le 22 juillet.
Mme M.... Opération le 28 juin 1883, sortie le 26 juillet.

Nous n'avons pu voir ces quatre malades, mais nous avons appris récemment qu'elles se portaient très bien. La seconde aurait engraissé, la troisième serait atteinte d'une éventration.

L'OVARIOTOMIE DOUBLE offre quelques considérations plus curieuses.

Menstruation. — Les opinions varient; les uns prétendent que la menstruation a été rétablie; les autres déclarent impossible la production de ce phénomène, et considèrent les faits cités comme accidentels. Ces derniers, en effet, s'appuyant sur la théorie de Négrier, Gendrin, Coste, etc., voient un rapport constant et nécessaire entre l'ovulation et la menstruation. Les premiers pensent que la menstruation et l'ovulation sont deux phénomènes indépendants (Beigel), ou, bien que connexes, non liés nécessairement l'un à l'autre (de Sinéty).

Suivant l'ancienne théorie, l'ovariotomie *double* et *complète* doit rendre impossible toute menstruation parfaite, c'est-à-dire toute menstruation caractérisée par la présence du sang, les altérations de l'état général, la régularité et la persistance du phénomène. La menstruation résultant en effet de l'ovulation, l'ablation des ovaires, qui enlève cette dernière faculté, fait disparaî-

tre par cela même la menstruation, comme le prouvent les cas de filles castrées dès leur jeune âge, qui n'ont pas de règles, ou des femmes qui ont subi l'opération de Battey.

Les chirurgiens français ont noté l'*aménorrhée* consécutive à la double ovariotomie, et M. Le Bec cite entre autres les observations de M. Duplay.

Nous rapporterons ici les cas de deux malades, opérées par M. Terrillon, que nous avons observées pendant un certain temps.

Obs. I. — Mme L..., âgée de 32 ans. Ovariotomie double pratiquée à la Salpêtrière le 28 mai 1881, sortie le 11 juillet.

Voici l'état de la malade en janvier 1884 : santé excellente. Les règles n'ont pas reparu après l'opération; elle n'a jamais rien éprouvé aux époques menstruelles. Les désirs sexuels n'ont pas changé. Il n'y a pas de modification de la voix, pas de tendance à l'engraissement. La cicatrice est solide.

Obs. II. — Mme A..., âgée de 39 ans, opérée le 13 mars 1883, sort guérie le 20 mai.

Cette femme n'a pas revu ses règles pendant les premiers mois qui ont suivi l'opération. Le 12 octobre, elles sont revenues presque aussi abondantes qu'autrefois; il en fut de même le mois suivant, mais depuis elles n'ont pas reparu. Santé générale bonne, pas d'engraissement. La voix n'a pas changé de timbre. Les désirs sexuels n'ont pas varié.

La règle générale est donc l'absence totale de menstruation, mais il y a des exceptions à cette règle. La menstruation, dans certains cas, paraît subsister indépendamment de l'ovulation, comme on le voit par l'observation d'une jeune femme, opérée par M. Tillaux, qui fut réglée pendant deux ans après l'opération.

Comment expliquer ce phénomène ? Les cas de *menstruation régulière*, à vrai dire, sont fort rares, surtout si l'ovariotomie a été *double* et *complète*, et il est même probable, comme le pensent Hégar, Waldeyer, Weinlechner, Battey, Kranowski, Kœberlé, Panas, Peaslee, que le plus souvent l'extirpation n'avait pas été totale : le fait a été parfois prouvé. Cependant certaines femmes paraissent, malgré une ablation bien complète, avoir conservé leurs règles (Jackson, Atlee, Le Fort, Storer). La jeune femme, opérée par le professeur Tillaux, dont il est question plus haut, cessa d'avoir ses règles après deux ans, ce qui prouve que l'extirpation n'avait pas été aussi complète que possible, et en effet, en présence de ce flux d'abord régulier, M. Tillaux avait prévu l'arrêt de cette menstruation accidentelle.

Aussi, malgré l'autorité de Peaslee, d'Astlee, de Storer, M. Le Bec croit que les quelques faits signalés par ces auteurs sont sujets à caution, en ce sens qu'il est probable que le pédicule devait contenir un reste d'ovaire, dont les fonctions physiologiques persistèrent plus ou moins longtemps.

Maintenant faut-il attribuer cette persistance de la menstruation, dans l'ovariotomie double, à la présence d'ovaires surnuméraires? Le fait est posssible : Beigel l'a constaté 23 fois sur 500 autopsies d'adultes ; mais il serait téméraire d'affirmer *a priori* la présence constante de ces ovaires surnuméraires.

Les mêmes réserves doivent être faites pour les observations de menstruation persistante chez des malades opérées par Gaillard Thomas et Goodmann.

Enfin, on a cité des cas d'écoulements irréguliers par des voies anomales, par le pédicule, à travers la cicatrice abdominale (cas de Baker Brown, de M. Le Fort, de Granville Bantock, de Spencer Wells), ou tout simplement des cas de femmes ne présentant qu'un état général plus ou moins rapproché de celui des règles naturelles. Nous nous réservons de traiter dans le chapitre suivant de cette question d'hémorrhagies par les voies anomales.

Menstruation irrégulière. — Les cas de menstruation irrégulière, comme fréquence et comme quantité, sont bien autrement nombreux. On peut déjà en juger par les quelques observations de malades opérées par M. Tillaux, Atlee, Baker Brown, Storer, Clay, Peaslee, Jackson, chez lesquelles les phénomènes se présentaient avec une plus ou moins grande irrégularité.

Nous pourrions rapprocher de ces cas les observations de M. Terrier (Revue de chirurgie, 1882). Dans trois cas d'ovariotomie double, les règles reparurent pendant un certain temps, au moins deux mois (obs. V et XVI), une fois pendant une année ; mais au bout de ce temps elles cessèrent et ne revinrent plus. L'observation de la seconde malade de M. Terrillon, citée plus haut, vient également à l'appui de ces faits. Cette menstruation, lorsqu'elle existe, selon la remarque de M. Boinet, est toujours très rare et très irrégulière ; elle apparaît seulement deux ou trois fois et à de longs intervalles et finit par disparaître complètement.

Dans certaines observations, on ne signale que des

troubles généraux, en tout semblables à ceux qui accompagnent les règles ordinaires, mais sans aucun écoulement sanguin (Atlee, Stalh, Duplay, etc.). Toutefois, pendant plus de deux ans, une opérée de M. Terrier se plaignit d'épistaxis périodiques, en quelque sorte supplémentaires.

Quoi qu'il en soit, la règle générale, posée plus haut, n'est pas infirmée par ces faits : la *ménopause est le résultat de l'ovariotomie double et complète*, bien qu'il puisse se présenter parfois des troubles généraux.

Mais alors quelle est la cause de ces écoulements de sang plus ou moins réguliers ? Est-ce une conséquence de l'*habitude*, comme le dit quelque part Atlee, ou, comme le croyaient Hégar et Peaslee, ne faut-il pas chercher l'explication du phénomène dans la *congestion* ?

Evidemment là est la vérité. Les malades, par suite de la congestion régulière et habituelle des vaisseaux génito-urinaires qui a fini par élargir et affaiblir le calibre de ces canaux, présentent, alors que l'ovulation est empêchée, des phénomènes de réaction dans toute l'économie, d'où les congestions utérines irrégulières, les écoulements de sang par le vagin et par le pédicule, d'où les troubles généraux qui d'ordinaire accompagnent les phénomènes menstruels. L'écoulement a lieu par cette voie, parce que c'est celle-là qui offre le *moins de résistance*.

Les observations de castration pour les tumeurs fibreuses de l'utérus exécutée par Battey, Hégar, etc., et dont le but était d'amener une ménopause anticipée,

apportent, à notre avis, une preuve convaincante de la cessation des règles consécutive à l'ovariotomie double et complète.

Voici par exemple les résultats consignés par Hégar ; total des ablations des ovaires suivant les idées de Battey, 59 cas : Ménopause certaine, 53 ; — Flux irrégulier, 4 ; — Ovaire retiré en partie, 1 ; — Menstruation restant parfaite, 1.

Du tableau des ovariotomies doubles pour kystes, publié par M. Le Bec, extrayons les renseignements suivants :

Santé générale : ordinairement bonne, même excellente, constatée une trentaine de fois sur 70 cas ; 7 cas où l'opérée *engraisse* ; 1 cas où il y a *atrophie des seins ;* 1 cas de *mort* le septième mois après l'opération ; *menstruation* nulle (38 fois), quelquefois irrégulière (9 fois), constatée 14 fois régulière, 1 cas d'hémorrhagies profuses arrêtées par les hémostatiques, 1 cas d'hémorrhagies par la cicatrice, 1 cas avec tendance aux hémorrhagies, etc. L'observation des malades a varié de deux mois à dix ans, mais en général a été de quelques mois.

Quant aux cas favorables à la théorie nouvelle de MM. Beigel et de Sinéty, on ne peut pas les admettre sans examen ; les malades, en effet, n'ont pas été toutes observées convenablement, puisque un grand nombre d'entre elles ne l'ont été que pendant un temps très court ; il n'est donc pas possible d'affirmer que la menstruation a persisté chez toutes, ou que l'ovariotomie a

été bien complète. Du reste, M. Le Bec ne se prononce pas contre la théorie de l'indépendance de l'ovulation et de la menstruation ; il attend la solution du problème de nouveaux faits et de nouvelles expériences.

Autres suites de l'ovariotomie. — Devant traiter plus loin des *hernies ventrales*, de *la récidive du kyste* et surtout du *cancer*, questions à peine soulevées par M. Le Bec, nous terminons cet aperçu par quelques considérations sur l'*atrophie de l'utérus* et d'*autres organes*.

Atrophie de l'utérus. — Un cas rapporté par Battey. Hégar, d'après Roberts, cite des faits d'atrophie des mamelles et des organes génitaux chez les filles castrées enfants. Les faits n'ont rien d'étonnant, mais les observations font défaut.

Désirs sexuels. — Subsistent, dit Spencer Wells ; ont été supprimés dans bien des cas, selon Hégar; les organes restent excitables, écrit Kœberlé ; facultés sensitives persistent dans certains cas, dit Peaslee; Benjamin Anger voit disparaître une excessive tendance aux désirs sexuels et des symptômes hystériques, le tout suivi de modifications générales très évidentes ; plus grande excitation après l'opération (Péan). La majorité des auteurs déclare l'état naturel persister, ce que nous-même avons constaté chez les malades de M. Terrillon.

Etat général. — Se modifie d'autant plus que l'opérée est plus jeune : développement du sysètme muscu-

laire, absence des seins, bassin petit, surcharge graisseuse (filles châtrées enfants de Roberts) ; femme devient plus mince, plus musclée, atrophie des seins (Pott) ; rien de changé, écrit Kœberlé, si ce n'est ménopause plus rapide, précoce ; organes génitaux restent excitables ; sentiments affectifs restent intacts ; caractère plus doux, moins irascible ; atrophie nulle ou faible des seins ; l'embonpoint en général ne tend pas à s'exagérer, à moins de prédisposition ; aucun changement dans le système pileux ; le timbre et la tonalité de la voix n'ont pas été modifiés ; aménorrhée, santé parfaite. Peaslee conclut de même. Hégar croit à la prédisposition à l'engraissement. La voix devient plus forte : cas de Jackson, un de Spencer Wells. Généralement il n'y a pas de modification sensible de l'état général : telle est l'opinion de Kœberlé, à laquelle se range le Dr Le Bec, et dont nous avons pu constater la véracité dans les cas que nous avons observés.

Un cas de Duplay où l'opérée a grandi.

CHAPITRE II.

HÉMORRHAGIES PAR LE PÉDICULE.

Les faits précédents, dont nous avons cru devoir donner un aperçu, sont intéressants, mais en réalité ils rentrent dans la catégorie des phénomènes ordinaires. En effet, le jour où un chirurgien s'avisa de pratiquer l'ovariotomie simple ou double, il devait, conduit par les faits physiologiques connus, s'attendre soit à la diminution soit à l'abolition des menstrues et de la conception ; la pratique a confirmé la théorie. La question n'aurait d'intérêt à être soulevée de nouveau que si les faits récemment observés venaient à l'appui de la théorie de l'indépendance de la menstruation et de l'ovulation. Or, il n'en est rien jusqu'à présent.

Maintenant nous allons successivenent passer en revue divers phénomènes, sur lesquels les auteurs ont peut-être attiré l'attention, mais qu'aucun d'eux n'a traités spécialement.

Ces phénomènes, dont les uns constituent des accidents d'une véritable gravité, ont d'autant plus d'intérêt qu'ils sont assez rares et sortent de l'ordinaire ; le nombre des faits connus est encore trop restreint pour donner lieu à des conclusions générales absolues, mais le rapprochement des cas déjà mentionnés et des observations inédites, que nous devons à l'obligeance de nos maîtres, facilitera peut-être les travaux à venir.

Tout d'abord, afin de relier ce chapitre au précédent consacré surtout à l'état de la menstruation chez les ovariotomisées, nous nous occuperons des hémorrhagies par la voie anomale du pédicule et de la cicatrice abdominale.

Ces hémorrhagies, ou plutôt ces suintements de quelques gouttes de sang, sont rares ; on les a observées aussi bien après une ovariotomie simple qu'après une ovariotomie double; elles surviennent surtout chez les malades opérées par la méthode du pédicule, dite méthode extra-péritonéale, quand on s'est servi du clamp.

Cependant, M. le Dr Monod nous a communiqué une observation , que nous reproduirons plus loin : le pédicule a été rentré dans l'abdomen et, depuis l'opération, à chaque époque menstruelle, il se fait un léger suintement sanguin par la cicatrice abdominale; c'est là assurément un fait curieux et très rare.

Quelle peut être la cause de cet écoulement de sang?

Après l'ablation d'un seul ovaire, lorsque le pédicule a été fixé au dehors, la trompe, comprise dans ce pédicule, peut rester en partie perméable et par conséquent donner lieu, au moment des règles, à une légère hémorrhagie par la cicatrice.

Si l'ovariotomie a été double et complète, le phénomène est difficile à expliquer. Ne pourrait-on pas alors invoquer, comme dans le cas de menstruation persistante, l'explication rapportée par M. Le Bec : en raison de la congestion périodique et habituelle de la femme, des hémorrhagies surviennent par les parties qui offrent le moins de résistance, et ces parties peuvent être tout

aussi bien l'utérus, dont les vaisseaux sont dilatés et affaiblis par l'habitude, que la paroi abdominale, affaiblie par l'opération et en communication plus ou moins directe avec les organes génitaux.

Mais si le pédicule a été traité par la méthode intrapéritonéale, force nous est de chercher un autre mécanisme : l'adhérence du pédicule à la cicatrice abdominale par une bride établissant la communication de la trompe avec la paroi. Cette bride conduirait au dehors le sang qui s'écoule par la trompe.

Ces faits, comme nous le disions, sont assez rares ; il est permis d'affirmer qu'ils sont plus fréquents après une ovariotomie simple qu'après l'ablation des deux ovaires. En effet, dans le premier cas, la menstruation persiste ; dans le second elle est supprimée, à part quelques exceptions peu nombreuses et plus ou moins authentiques.

Ces hémorrhagies sont-elles durables ? Nous ne le pensons pas. Au bout d'un certain temps la trompe finit par s'obstruer ; toute menstruation disparaît, si l'ovariotomie a été double, ou bien, lorsqu'on n'a enlevé qu'un seul ovaire, le sang reprend son cours habituel, s'écoule entièrement par le vagin et dès lors cesse ce flux menstruel secondaire. On a signalé cependant quelques exemples où ce phénomène curieux aurait persisté plusieurs années.

Baker Brown rapporte le fait suivant :

« Il y a dix ans, je fis une ovariotomie double en me servant du clamp pour la ligature extra-péritonéale du pédicule. A chaque époque menstruelle suivante, je vis

la cicatrice se rompre et la menstruation se fit à travers le pédicule, en même temps que par le vagin. »

M. le professeur Le Fort a publié un cas analogue dans la *Gazette hebdomadaire*.

Chez une demoiselle et chez une femme mariée que Boinet a opérées, la première il y douze ans et la seconde il y a neuf ans, les menstrues n'ont pas cessé d'être régulières et à chaque époque, qui dure trois à quatre jours, il apparaît dans la cicatrice quelques gouttes de sang pendant toute la durée des règles. Dans les deux cas, ce chirurgien avait employé le clamp. (Dict. enc., art. *Ovariotomie*).

Bryant, Tyler Smith et d'autres ont fait la même remarque.

Dans le cas de Bryant, l'écoulement eut lieu pendant quatre périodes consécutives par le pédicule compris dans la cicatrice de la plaie abdominale, et chaque fois dura deux jours. Puis la menstruation cessa pendant deux mois, pour se rétablir d'une manière constante par le pédicule de juin 1865, jusqu'en octobre 1868. (Guy's hosp. Rep. XIV, 216, 1869.)

Granville Bantock (British medical Journal, 1881), étudiant la manière de former le pédicule, signale ces écoulements de sang par la cicatrice, à chaque époque menstruelle, lorsque le pédicule est fixé à un clamp.

Spencer Wells signale aussi ce phénomène ; c'était même pour lui un argument en faveur de la méthode extra-péritonéale, avant l'emploi des pansements antiseptiques. Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ici ses propres paroles :

« Après l'occlusion de la plaie, lorsqu'on s'est servi de la méthode extra-péritonéale du pédicule, on a prétendu que chaque mois la plaie s'ouvre pour laisser échapper un peu de liquide menstruel. Cela est vrai, à peu près dans le tiers des cas. Mais si on a pris ses mesures, il n'y a pas de conséquence plus légère. Au bout de quelques mois, la trompe se rétracte presque toujours et il ne se fait plus d'écoulement. Je ne me souviens que de deux cas où il a continué jusqu'à présent, en ne causant que très peu de gêne. Si le fluide menstruel peut sortir par la trompe partiellement close, fixée à la plaie cicatrisée, il peut s'écouler de la même façon, quand on a abandonné la trompe dans la cavité péritonéale, et produire ainsi une hématocèle mortelle. J'ai observé ce fait dans deux cas où l'on avait employé la ligature, que l'on avait coupée court, et je considère cela comme une des objections capitales faites à cette méthode ou à tout autre traitement intra-péritonéal du pédicule. Je puis citer au moins six malades qui, à différentes périodes après la guérison, ont éprouvé des troubles que je ne peux expliquer qu'en supposant que la trompe est restée béante, et qu'il s'est fait une hématocèle plus ou moins grave à des périodes menstruelles successives. Heureusement que je n'ai jamais eu l'occasion de vérifier l'exactitude de ce diagnostic par un examen nécroscopique. » (*Traité*, 1882, p. 329.)

Cet auteur, il est vrai modifie ailleurs (p. 232) ce jugement par trop sévère contre la méthode intra-péritonéale, généralement adoptée de nos jours : « Un des grands mérites de la méthode antiseptique, dit il, c'est d'avoir fait adopter le traitement intra-péritonéal, qui

était autrefois le procédé le plus souvent suivi d'échec, tandis qu'aujourd'hui c'est celui qui compte le plus de succès. » Et il avoue (p. 397) que, depuis quatre ans qu'il combine les antiseptiques à la méthode intra-péritonéale, une guérison rapide et complète est la règle. Il n'a noté aucun cas de suppuration chronique, ni de fistule fécale ; il a observé une hématocèle et encore le cas est douteux.

Nous n'avons pas l'intention de soulever ici une discussion sur les divers procédés opératoires de l'ovariotomie ; nous voulons seulement montrer la possibilité des écoulements de sang par le pédicule et par la cicatrice abdominale. Ces hémorrhagies sont le plus souvent sans conséquence, ne produisent aucune gêne et tendent à disparaître tôt ou tard ; si le pédicule est laissé dans l'abdomen, la crainte d'une hématocèle plus ou moins grave s'est en quelque sorte évanouie, depuis que les chirurgiens, s'entourant des précautions les plus minutieuses, ont adopté les pansements antiseptiques.

Dans le cas de M. Monod, l'opérée présentait, en outre, cette particularité que la cessation des règles ne mettait pas fin entièrement au phénomène de l'écoulement par la cicatrice abdominale ; dès le 4 août 1883, ce chirurgien constatait que l'orifice laissait toujours passer quelques gouttes de sérosité. M. Monod a eu l'explication de ce suintement le 7 décembre, l'examen de sa malade lui ayant permis de diagnostiquer une fistule de six centimètres environ ; en dehors de l'écoulement sanguin qui accompagnait les règles, l'écoulement séreux était expliqué par cette complication.

Obs. I. — Serres (d'Alais). Extirpation d'un volumineux kyste de l'ovaire chez une jeune femme de 30 ans. Le pédicule, qui était énorme, fut saisi par le clamp.

Les suites de l'opération furent très simples, moins d'un mois après la malade était rétablie. Cependant elle a conservé une petite fistule qui laisse écouler à chaque menstruation 8 à 10 gouttes de sang. (*Gaz. hebd.*, 1869.)

Obs. II. — Knight (de Baltimore). Femme jeune de 26 ans. Ablation de l'ovaire, guérison rapide.

Les règles étaient régulières avant l'opération; depuis, au retour de la première, deuxième et troisième période, la malade eut un écoulement de sang par la cicatrice (pédicule).

Obs. III. — Prewitt (de Saint-Louis). Femme de 39 ans, mère de six enfants. Ovariotomie le 14 octobre 1875. Pédicule fixé au dehors.

A la place du pédicule, on aperçoit une petite tumeur rougeâtre et bourgeonnante qui, à chaque époque menstruelle, devient le siège d'un écoulement sanguin assez abondant et qui se continue pendant toute la durée de cette époque. Ce curieux phénomène s'est renouvelé trois fois depuis l'opération, et n'a eu aucune influence sur la santé de l'opérée; celle-ci est dans un état très satisfaisant. (*Amer. Journ. med. sc.*,, 1876, p. 422.)

Obs. IV. — James d'Andersonville (Indiana). Femme mariée de 20 ans, deux enfants. Kyste multiloculaire.

Ablation de l'ovaire gauche le 9 novembre 1875. Huit jours après l'opération, les règles reparurent et continuèrent à être régulières. En même temps, il s'est produit un petit écoulement par le pédicule pendant la première période. (*Amer. Journ. med. sc.*, 1876, n° 72, p. 291.)

Obs. V. — M. D. d'Andersonville (Indiana). Ovariotomie simple; quatre hémorrhagies successives par l'ouverture abdominale aux périodes menstruelles consécutives (pédicule). Guérison. La menstruation continue. (*Amer. Journ. of the sc.*, 2e série, n° 73, p. 278.)

Obs. VI (Nélaton). — Mme C.... Kyste multiloculaire. Opérée le 18 juin 1875 à Passy par MM. Nélaton, Boinet et Blot. Emploi du clamp.

Le 1er juillet, apparition des règles. Ecoulement sanguin modéré par la plaie. L'écoulement sanguin cataménial a persisté jusqu'au 4 juillet par la plaie, mais très modéré. (*Gaz. des hôp.*, 1876.)

Obs. VII (Duplay). — E..., 30 ans. Kyste multiloculaire. Opérée le 24 décembre 1879, à l'hôpital Lariboisière, sortie le 7 février 1880. Le pédicule fut fixé au dehors.

Les règles viennent régulièrement et normalement. La cicatrice de l'abdomen paraît bonne, mais, à chaque époque menstruelle, elle devient le siège d'un suintement sanguin. Il se forme un petit bouton rouge violet, l'épiderme se soulève et le suintement a lieu ; puis, au bout de cinq ou six jours, tout rentre dans l'ordre. (Le Bec, *loc. cit.*)

Obs. VIII (inédite (résumé), communiquée par M. le Dr Monod). — M..., âgée de 38 ans. Ovariotomie pratiquée à la Salpêtrière, le 30 octobre 1882. Kyste de l'ovaire gauche renfermant 5 à 6 litres de liquide brunâtre. Adhérences molles sur toute la périphérie de la tumeur. Pédicule large et mince laissé libre dans la cavité abdominale. L'intestin et le péritoine sont très rouges ; dans le petit bassin et entre les anses intestinales, on trouve de grosses masses compactes d'adhérences, ressemblant à du fromage blanc; elles sont détachées et enlevées sans presque donner de sang.

Pendant les cinq premiers jours, l'élévation de la température est peu marquée.

6 novembre. La malade va bien. On enlève la moitié des sutures profondes et les sutures superficielles ; pas une goutte de sang.

Le 8. Les dernières sutures sont enlevées ; la malade passe dans la salle des convalescents.

Le 20. Un abcès s'ouvre spontanément au niveau de la cicatrice. Il donne issue à une grande quantité de pus et ne se ferme que six semaines plus tard. La malade sort guérie.

Bonne santé jusqu'au mois de mars 1883; à cette époque, au moment des règles, la cicatrice s'est rouverte au niveau du point

où l'abcès s'était vidé, et il y a eu un léger suintement sanguino-purulent. Il en fut de même en avril et en mai. En juin (le 12), l'écoulement est franchement sanguin. La malade se présente le 19 à M. Monod : l'ouverture paraît complètement fermée.

4 août 1883. L'orifice persiste et, à chaque époque, donne passage à un peu de sang. Dans l'intervalle il se ferme, mais l'occlusion ne dure jamais plus de vingt-quatre heures ; il se rouvre et donne issue à quelques gouttes de sérosité.

Examen de la malade par M. Monod : à égale distance de l'ombilic et du pubis, en pleine cicatrice, une ouverture en cul-de-poule donne issue à quelques gouttes de sérosité, tachant le linge. Au-dessous, en rapport avec la face profonde de la paroi abdominale, on sent une petite masse dure et mobile. Par le toucher vaginal et par le palper, on reconnaît que cette masse est en contact direct, intime avec l'utérus, probablement avec la corne gauche.

Le 7 décembre, M. Monod trouvait une fistule dans laquelle le stylet pénétrait de 6 centimètres. Le trajet fut cautérisé.

Nous avons revu cette malade le 3 février 1884 ; elle nous raconte que quelques jours après la cautérisation, le trajet fistuleux était fermé ; le 15 décembre les règles apparurent, l'orifice de la fistule ne s'ouvrit pas. Au mois de janvier également, il n'y eut aucun écoulement de sang par la cicatrice, et, aujourd'hui, elle est complètement guérie. A la palpation de l'abdomen, on sent encore cette petite masse, en rapport avec l'utérus, dont il est question plus haut.

CHAPITRE III.

ÉVENTRATION.

La hernie traumatique de l'abdomen est une complication à peu près forcée des larges plaies intéressant dans toute leur épaisseur le plan musculo-aponévrotique et le péritoine ; il faut donc la redouter après toute ovariotomie.

Quel est le mécanisme de ces éventrations ? Sous l'influence d'efforts ou bien par le seul effet du refoulement du diaphragme, la cicatrice, qui représente le point faible de la paroi abdominale, se laisse distendre et il se produit une véritable hernie de la ligne blanche.

En général, l'amincissement et l'affaiblissement de cette paroi ne donnent pas lieu à une éventration brusque. Celle-ci ne survient que lentement ; elle est annoncée assez longtemps à l'avance par des tiraillements et par des douleurs sourdes, cause de grands tourments pour les malades. La hernie peut très bien ne pas intéresser la cicatrice dans toute son étendue ; le plus souvent elle se borne à la portion inférieure, au niveau du pédicule ; dans quelques cas on l'a constatée à la partie moyenne, et plus rarement à l'angle supérieur de la section des parois abdominales.

D'ordinaire, cet accident n'entraîne pas de troubles graves de la santé ; néanmoins il y a indication urgente à prendre des mesures préventives ; aussi le chirurgien doit-il avoir soin de recommander aux malades de por-

ter un corset contentif de l'abdomen et de s'abstenir, pendant un certain temps, de tout effort violent, de courses, de la station debout prolongée. Le corset abdominal a pour but de prévenir les éventrations, et, si elles ont commencé à se produire, d'en empêcher l'extension.

Du reste, à en croire certains opérateurs, ces hernies de la ligne blanche seraient beaucoup plus rares chez les opérées par la méthode intra-péritonéale : ainsi Granville Bantock (Bristish med., 1878) émet l'opinion qu'elles sont beaucoup plus fréquentes à la suite de l'application du clamp, et M. Terrier (Revue de Chirurgie, 1882) pense que c'est là un accident d'autant plus fréquent que l'on fixe le ou les pédicules au dehors. Ce chirurgien, sur seize opérées par la méthode extra-péritonéale, a constaté neuf fois l'éventration très prononcée (dans un cas même, l'énorme volume de l'éventration nécessita l'usage d'une ceinture abdominale spéciale, et détermina de graves accidents de péritonisme); trois fois le phénomène fut peu accentué, et les malades ne s'en étaient pas aperçues; quatre n'ont pas été revues. Mais M. Terrier, n'ayant pu revoir cinq autres opérées, chez lesquelles le ou les pédicules furent abandonnés dans l'abdomen, ne peut affirmer que cette méthode prédispose moins à l'éventration, bien qu'il soit porté à le croire. Telle paraît être aussi l'opinion de Spencer Wells (loc. cit., p. 383).

Quoi qu'il en soit, cette cause de l'éventration, c'est-à-dire la présence du pédicule maintenu à l'extérieur,

paraîtrait tendre à disparaître depuis l'adoption de la ligature intra-péritonéale.

On a aussi considéré le drainage comme une cause de prédisposition à la hernie ventrale : la cicatrice, en effet, conserve toujours une certaine faiblesse à l'endroit qui donnait passage aux fils et au tube, et elle cède plus facilement à la pression des viscères.

Spencer Wells, qui a observé ce fait dans presque tous les cas où il a adopté ce procédé, en est arrivé à cette conclusion qu'il vaut mieux couper les fils court et fermer la plaie (p. 333).

La manière dont est faite la suture abdominale jouerait aussi un certain rôle dans la production de l'éventration. Les opinions des ovariotomistes variaient beaucoup au sujet de cette suture. Les uns, en effet, prétendaient éviter la hernie, ou du moins se mettre dans de meilleures conditions en faisant la suture profonde du péritoine, comme le recommande Spencer Wells ; les autres au contraire, avec Kœberlé, évitaient de suturer le péritoine précisément pour n'avoir pas à craindre cet accident. Mais, comme le fait remarquer Boinet, ces chirurgiens ont soin, dans l'application de leur suture, qui ne comprend pas le péritoine, de faire passer le fil juste au-dessus de cette séreuse, cherchant ainsi à en affronter les bords. Cette pratique de Kœberlé et de ses partisans tendrait donc au même résultat que celle de Spencer Wells, et, malgré les quelques cas d'éventration survenue alors que le péritoine avait été suturé, on est assez d'accord aujourd'hui pour comprendre

dans la suture le péritoine comme le reste des tissus divisés.

Du reste, cette suture du péritoine présente d'autres avantages sur lesquels nous reviendrons à propos des adhérences et de l'obstruction intestinale.

Nous ne croyons pas devoir publier ici les observations relatives à cette question ; nous renvoyons aux diverses revues, faisant seulement remarquer que le plus souvent ces hernies furent consécutives à l'emploi, pour le traitement du pédicule, de la méthode extra-péritonéale.

CHAPITRE IV.

RÉCIDIVE DU KYSTE.

Le chirurgien, qui, après avoir pratiqué une ovariotomie, voit son opérée guérir, éprouve d'ordinaire une bien grande satisfaction d'avoir rendu la vie à sa malade. Celle-ci recouvre la santé et n'a rien perdu des attributs de la femme; en effet, l'expérience a prouvé que l'ovaire restant accomplit ses fonctions et que la femme peut donner le jour à des enfants des deux sexes. Mais, en présence de ce beau résultat, le chirurgien peut-il rassurer complétement son opérée et lui affirmer la guérison définitive? Car, une des grandes préoccupations des malades, après leur guérison, est de savoir si elles peuvent être sujettes à une récidive.

En général, comme le rapporte Spencer Wells, après une ovariotomie pratiquée avec succès, la malade revient à un état de santé tel, que ses amis et elle-même en sont aussi surpris que reconnaissants. Cette règle n'est pas sans exceptions, et les cas de récidive, sans être bien fréquents, viennent toutefois donner lieu à une nouvelle intervention chirurgicale.

La récidive de l'affection ovarienne n'est pas impossible : la cause pathologique, inconnue dans son essence, qui détermine la formation d'un kyste dans un ovaire, peut se reporter sur celui qui est resté ; il n'y a pas de raison non plus pour qu'elle ne puisse se repor-

ter sur des parties de l'ovaire malade et incomplètement extirpé, comme des exemples en ont été cités.

Le cas de Weinlecherer, rapporté par Hégar, est probant : une ovariotomie double est pratiquée sur une jeune fille; la menstruation se rétablit; huit mois après apparaît une nouvelle tumeur, du volume d'une tête d'adulte. A l'opération, on constata que le kyste était formé dans les débris restants de l'ovaire opéré le premier.

N'a-t-on pas vu aussi la récidive se produire dans le ligament large du même côté que l'ovaire restant, demeuré sain, comme M. Joüon, de Nantes, en a rapporté un cas intéressant ? A propos de ce fait, qu'il croit sans précédent, ce chirurgien se demande si l'on ne doit pas accuser le corps de Rosenmüller ; cet organe, on le sait, peut être distendu sous forme de petits kystes séreux, mais jamais encore on ne l'a signalé comme fournissant des kystes multiloculaires, avec masses fibreuses. Cette explication n'a rien d'anti-physiologique; M. Joüon émet cependant une autre hypothèse, basée sur les cas déjà nombreux de greffe animale ; il ne verrait donc rien d'impossible à ce que, dans la première ovariotomie, quelque fragment de la tumeur morcelée fût tombé dans le péritoine, s'y fût greffé, puis développé, en vertu de sa force de prolifération, jusqu'à donner une nouvelle tumeur.

M. Boinet, en même temps qu'il enlevait un kyste développé dans l'ovaire, trouvé sain neuf mois auparavant, constata la présence de petits kystes sur le feuillet partiéal du péritoine. De même Spencer Wells, sur

le point de pratiquer l'ovariotomie chez une femme, dont il avait déjà auparavant enlevé l'ovaire droit avec succès, trouva l'utérus et l'ovaire gauche tout à fait sains ; mais la paroi abdominale était le siège d'un kyste à parois très minces, qui semblait avoir pris naissance en un point où des adhérences solides avaient été séparées, lors de la première opération.

Ces faits nous portent à admettre qu'on ne peut pas affirmer d'une façon absolue la guérison définitive, puisqu'il n'est pas possible de prévoir si l'ovaire abandonné restera toujours sain, et qu'il faut tenir compte des récidives en dehors du second ovaire. Aussi, le chirurgien qui se demande s'il ne doit pas, dans tous les cas, extirper les deux organes, examine-t-il avec soin l'autre ovaire, après l'ablation d'un kyste. Si l'organe est sain, il ne doit pas y toucher ; si, au contraire, il est augmenté de volume ou s'il présente de petits kystes qui font saillie à la surface, avant de prendre une décision, considérant l'âge de la malade, sa position conjugale, la facilité ou la difficulté avec laquelle pourra être faite la seconde opération, il n'oubliera pas qu'il peut arriver que l'ovaire n'augmente jamais assez de volume pour nécessiter une nouvelle intervention chirurgicale, et que l'ablation du second ovaire augmente de beaucoup les dangers de l'opération.

Ainsi, Spencer Wells, dans son 112e cas, alors qu'il venait d'enlever l'ovaire droit chez une jeune fille de 19 ans, constata que l'ovaire gauche était augmenté de près du double de son volume normal, que deux follicules, gros comme une cerise, étaient distendus par des

caillots. Il les ouvrit, évacua leur contenu, et, après avoir soigneusement pesé toutes les raisons pour ou contre l'extirpation radicale, se décida à abandonner l'ovaire. L'opération avait lieu en novembre 1864. La malade guérit, retourna chez elle un mois après l'opération et se maria en août 1865. Elle est maintenant mère de trois filles et d'un garçon. Toutes ses grossesses et tous ses accouchements se sont très bien passés ; elle se portait encore bien en 1881.

En second lieu Spencer Wells, sur 82 ovariotomies doubles, constata 28 morts ; la mortalité a donc été de 34,14 p. 100 au lieu de 22,2 dans les cas simples.

C'est pourquoi, si une malade, avant l'opération, demandait au chirurgien, malgré les dangers plus grands, de lui enlever même l'ovaire sain pour la mettre à l'abri d'une récidive, nous ne pensons pas qu'il doive y consentir, bien que des médecins aient parfois accédé à ce désir bizarre de la malade. Ce serait d'abord compromettre le succès d'une opération nécessaire, par crainte d'une récidive qui, loin d'avoir toujours lieu, est plutôt l'exception ; ce serait rendre la femme stérile et, par l'enlèvement des deux ovaires, amener peut être des changements dans les fonctions physiologiques de la femme.

Dans une discussion à la Société de chirurgie (9 mars 1870), Dolbeau, discutant les cas de récidive, était d'avis d'enlever les deux ovaires dès la première opération, toutes les fois qu'il s'agit d'une vieille femme; et il ajoutait que si la malade est jeune, que la marche de la première maladie ait été prompte, si à l'opération on

trouve le second ovaire d'un aspect un peu douteux, le devoir s'impose également à l'opérateur de ne pas l'abandonner ; ce serait, en effet, laisser intact le germe d'une production kystique future. Cependant, chez une jeune femme, en général on n'enlève qu'un seul ovaire, car plusieurs considérations peuvent faire rejeter tout d'abord une opération plus radicale : une femme peut ne pas vouloir renoncer à être mère, et on a vu des ovariotomisées le devenir plusieurs fois dans la suite.

Spencer Wels est d'avis de ne pas enlever un ovaire sain, quelque soit l'âge de la femme, à moins qu'on ne veuille pratiquer l'opération de Battey. Le chirurgien doit donc hésiter et ne faire l'extirpation du second ovaire que lorsqu'il a des raisons sérieuses pour agir ainsi.

Il existe des exemples assez nombreux de récidive de kyste ; nous ne ferons qu'en indiquer quelques-uns :

Atlee, de Philadelphie, a pratiqué l'ovariotomie avec succès chez une malade à qui le Dr Clay avait enlevé une tumeur ovarienne, du côté opposé, seize ans auparavant. Une autre fois, après avoir extirpé l'ovaire gauche, il fit l'ablation du droit, sept années plus tard.

Dans un cas, Bird fit l'ovariotomie quatorze ans après la première opération ; la malade succomba.

M. Liégeois avait enlevé l'ovaire droit à une femme, en 1869. L'année suivante, cette femme eut une récidive et vint mourir dans le service de Dolbeau. A l'autopsie, on constata que c'était bien l'ovaire laissé intact et trouvé sain au moment de l'opération (le gauche), qui

était le point de départ de la récidive. (Soc. de chir., 9 mars 1870.)

M. Boinet a publié (Union médicale, 1869, n°s 116 et 117), la relation d'une ovariotomie double pratiquée par lui avec un plein succès chez une femme âgée de 47 ans, à neuf mois d'intervalle. En examinant, lors de la seconde opération, le péritoine au niveau de l'incision pratiquée neuf mois auparavant, M. Boinet put s'assurer que la soudure avait été si complète qu'il n'existait pas la moindre trace de cicatrice ou d'une lésion quelconque ; les points sur lesquels avait porté l'incision ressemblaient au reste du péritoine. M. Spencer Wells avait déjà constaté le même fait.

M. Boinet, en présentant sa malade à la Société de chirurgie, disait que sur 71 opérations, il n'avait rencontré que deux malades chez lesquelles il avait dû pratiquer deux fois l'ovariotomie; et encore dans l'un des deux cas, le kyste était cancéreux et la malade mourut de péritonite deux jours après l'opération.

Une ovariotomie intéressante est celle qui a été faite par M. Joüon, de Nantes, chez une enfant de 12 ans et demi, dans un état des plus graves. L'opération fut très laborieuse à cause du nombre, de l'épaisseur et de la consistance des fausses membranes. Le pansement et particulièrement la suture des lèvres de la plaie offrirent de grandes difficultés. Néanmoins, après une heure passée à surmonter tous ces obstacles, l'opérée vivait encore et put être transportée dans un lit bassiné ; elle avait perdu 50 à 100 grammes de sang et inspiré de 30 à 40 grammes de chloroforme. La tumeur pesait 15 li-

vres et était constituée par trois grands kystes, dont les parois épaisses contenaient une forte proportion de matières solides. La guérison, entravée par de redoutables accidents, eut lieu quarante-six jours après l'opération. Malheureusement, trois mois après, le ventre avait presque le même volume qu'avant l'ovariotomie : une récidive était évidente. Une seconde ovariotomie fut pratiquée. La malade succomba deux jours après. (Jour. de méd. de l'ouest, avril et septembre, 1869.)

Spencer Wells a pratiqué 13 fois l'ovariotomie chez des malades à qui on avait déjà enlevé un ovaire et chez lesquelles l'autre était devenu malade plusieurs mois ou plusieurs années après l'opération. Deux avaient été opérées, la première fois, par des confrères ; ce qui fait que dans sa pratique, il a eu 11 récidives sur 1,073 malades : la moyenne est de 1 sur 97 cas. « Autant que je puis le savoir, dit Spencer Wells, les kystes étaient généralement proliférants. C'est du moins le caractère qui a été noté dans tous les cas où l'on a gardé l'observation exacte de la tumeur. Toutefois, ajoute-t-il, c'est une consolation de savoir que, si l'ovaire restant était atteint par la maladie, la première opération n'entraverait en rien la seconde, et que, lorsque j'ai pratiqué une seconde fois l'ovariotomie, j'ai eu 11 succès sur 13 opérations. »

CHAPITRE V.

PÉRITONITE SECONDAIRE. — OBSTRUCTION INTESTINALE. — FISTULE FÉCALE.

Avant de nous occuper de la dégénérescence cancéreuse consécutive à l'ovariotomie, question qui nous paraît avoir été le moins élucidée jusqu'à ce jour, nous croyons devoir encore attirer l'attention sur quelques autres phénomènes pathologiques.

Ces phénomènes, à vrai dire, ne constituent pas ce qu'on appelle des suites éloignées de l'ovariotomie, mais plutôt des accidents consécutifs, parfois même immédiats. Nous voulons parler de la péritonite secondaire, de l'obstruction intestinale et de la fistule fécale, à l'étude desquelles nous apportons quelques observations intéressantes et inédites.

1° *Péritonite secondaire.*

La péritonite secondaire peut être due à la décomposition du sang et du liquide kystique demeuré dans la cavité péritonéale, à la formation d'abcès dans les ligaments larges ou sur un point de la cavité du péritoine, à la suppuration de la plaie extérieure et du pédicule, aussi bien qu'à l'état général mauvais de la malade, selon la remarque de Spencer Wells et comme semble le prouver l'observation de la malade de M. Trélat, rapportée plus loin.

De même, l'inflammation des vaisseaux ovariques peut amener une péritonite locale et un abcès se former par suite de l'inflammation des vaisseaux et des glandes lymphatiques de l'ovaire excisé et s'ouvrir dans l'intestin ou au-dehors.

La péritonite a pu aussi, selon certains auteurs, être provoquée par l'enkystement des catguts. Ainsi, dans un cas de J. Bœckel (obs. publiée dans la *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1881), alors que la plaie était cicatrisée, que la malade avait eu des selles depuis deux jours, qu'elle avait, en un mot, franchi la période où les accidents ne sont ordinairement plus à redouter, se déclarèrent des symptômes d'une gravité exceptionnelle. La fièvre s'alluma, il y eut du ballonnement du ventre, l'estomac se distendit; une constipation opiniâtre, jointe à un malaise général, une rétention d'urine nécessitant le cathétérisme pendant plusieurs jours, tout militait en faveur d'une péritonite, qui risquait d'atteindre une intensité menaçante, et de devenir d'autant plus intense, que la malade était âgée, mal nourrie, cachectique. Au bout de quelques jours, la scène changea; l'état devint meilleur, les symptômes alarmants disparurent, et la guérison ne tarda pas à s'affirmer. Chez une autre de ses opérées, les fils de catgut, ne s'étant ni dissous, ni enkystés, entraînèrent la formation d'un phlegmon, et furent éliminés par cette voie, bien que l'examen attentif du pus et des pièces de pansement n'ait pas permis de vérifier le fait.

Faisons cependant remarquer que Spiegelberg et Waldeyer (Arch. de Virchow, 1868) concluent de leurs

expériences que les ligatures renfermées dans la cavité péritonéale ne déterminent pas de péritonite localisée aiguë, et que Spencer Wells attribue les symptômes plus ou moins évidents de péritonite plutôt à l'état général de la malade qu'à la présence des fils à ligature.

Contrairement à ce qu'on aurait pu supposer de prime-abord, les abcès péritonéaux, suite de péritonites secondaires enkystées, entraînent rarement la mort; car le pus s'ouvre presque toujours une issue au dehors par l'intestin, par le vagin ou par l'angle inférieur de la plaie. Il arrive aussi parfois que les abcès se résolvent spontanément, comme cela a dû probablement se produire chez la malade de M. Terrillon. Taule, chef de clinique de M. Kœberlé, a publié le résumé de neuf cas d'abcès intra-péritonéaux, dont huit furent suivis de guérison et un seul de mort.

L'existence d'une collection purulente constatée, il est toujours prudent, si le pus tarde trop à se faire jour, de lui ouvrir une issue avec le bistouri. On peut aussi pratiquer la ponction avec le trocart, lorsque l'abcès pelvien proémine dans l'un des culs-de-sac vaginaux. On prévient ainsi très souvent l'épanchement du pus dans la cavité péritonéale, et l'on arrache la malade à une mort presque infaillible.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ces faits bien connus. La péritonite secondaire se montre souvent à une date assez rapprochée de l'opération, avant même que la malade puisse être considérée comme guérie définitivement, et rentre, par conséquent, dans ce qui constitue les suites immédiates de l'ovariotomie.

Nous n'aurions donc pas à nous en occuper si, parfois, on ne voyait une péritonite se déclarer alors que l'opérée a quitté l'hôpital, est rentrée chez elle depuis un certain temps et a repris ses occupations. C'est donc là, en quelque sorte, un accident qui fait partie des suites éloignées. C'est pourquoi nous tenons à publier les observations suivantes, inédites, instructives à plus d'un titre, quoiqu'une certaine obscurité règne sur la cause véritable primitive de la maladie.

Voici d'abord une malade, chez laquelle M. le Dr Terrillon a pratiqué une ovariotomie double. Elle sort complètement guérie de l'hôpital, après un séjour de deux mois, pendant lesquels aucun accident ne s'est manifesté du côté du péritoine. De retour dans sa demeure, elle reprend ses occupations, se fatigue peut-être, et, quinze jours après sa sortie de l'hospice, se déclare une péritonite, localisée d'abord au côté gauche, où l'opération avait produit le plus de désordres et avait occasionné une plaie péritonéale assez étendue. L'affection se généralise, tout en se montrant plus intense au niveau de la fosse iliaque gauche, siège d'un empâtement considérable. Y eut-il formation d'abcès? C'est possible, et l'inflammation paraît s'être terminée par résolution. La malade nous a bien dit avoir cru remarquer des dépôts blanchâtres dans ses selles, mais elle est loin d'être affirmative à cet égard. — On remarquera, à la lecture de l'observation qui suit, que cette femme, pendant son séjour à l'hôpital, avait été affectée d'abord d'un érysipèle, puis avait présenté de l'embarras gastrique, accidents qui avaient nécessité une certaine surveillance.

OBSERVATION I (inédite (résumé), communiquée par M. le Dr Terrillon).

Mme A..., âgée de 39 ans, mariée depuis vingt-un ans; trois grossesses : la première il y a quinze ans, la troisième il y a huit ans. Deux ans après son mariage, elle avait eu une fausse couche.

Elle n'a pas été réglée bien exactement depuis l'âge de 13 à 14 ans ; ce n'est qu'à 26 ans, après sa couche, que ses menstrues devinrent régulières et quelquefois abondantes.

Entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière en février 1883. La malade s'est aperçue, il y a un an, que son ventre grossissait; douleurs dans les reins, règles plus douloureuses.

Une ponction est faite le 22 février.

M. Terrillon pratique l'ovariotomie le 13 mars, avec l'assistance de MM. Monod et Pozzi.

Incision, ponction du kyste; adhérences légères à la paroi abdominale et à l'intestin.

La tumeur appartenant à l'ovaire gauche est énucléée en partie seulement. La partie inférieure plonge dans le bassin et est recouverte par le ligament large dans lequel elle est infiltrée. Le péritoine se réfléchit presque directement de la tumeur sur le bord du détroit supérieur. Cette partie du péritoine est largement ouverte et saisie dans les mors de grandes pinces longues. Par cette ouverture, on peut décortiquer le prolongement inférieur du kyste, qui est ainsi enlevé en laissant une plaie péritonéale assez étendue.

L'ovaire droit, également kystique, est enlevé. Les deux pédicules sont rentrés dans l'abdomen.

Le kyste qui occupait l'ovaire gauche était constitué par une grande poche contenant 6 litres de liquide, une autre plus petite renfermait environ 2 litres, et enfin une masse franchement multiloculaire. Le poids de la partie solide était de 1,150 grammes.

Le 14 mars, violent frisson (40,1) qui dure deux heures. Le 15, œdème du pubis et des grandes lèvres, érysipèle. Le 17, l'érysipèle semble arrêté. Le 22, on retire les fils de suture.

Pendant une quinzaine de jours, la malade eut de l'embarras gastrique avec élévation de la température jusqu'à 39,6, mais elle conservait assez bon appétit et un état général satisfaisant.

Malgré cet état, qui rendit nécessaire une certaine surveillance, la malade sortit guérie le 20 mai.

Quinze jours environ après être rentrée chez elle, c'est-à-dire en juin, la malade fut prise d'accidents de péritonite : vomissements bilieux, ballonnement du ventre, petitesse et fréquence du pouls, frissons répétés, facies abdominal, etc. M. le Dr Colson, appelé près de la malade, constata que la palpation déterminait une douleur vive au niveau de la fosse iliaque gauche, qui était le siège d'un empâtement considérable, s'étendant à toute la fosse iliaque et au petit bassin, appréciable même au toucher vaginal. Le cul-de-sac latéral gauche était complètement effacé, l'utérus douloureux, immobile.

Ces accidents persistèrent pendant trois semaines au moins. La malade croit à un certain moment avoir vu des dépôts blanchâtres dans ses garde-robes, mais elle est loin d'être précise à cet égard.

Peu à peu elle a repris ses occupations; elle va bien aujourd'hui, 24 août, écrit M. Colson, mais elle se fatigue assez facilement. Il n'y a plus rien d'appréciable dans la fosse iliaque gauche; l'utérus est indolent, antéfléchi, parfaitement mobile.

Depuis, nous avons visité plusieurs fois cette malade; sa santé est excellente. Les règles, qui avaient complètement cessé depuis l'opération, sont revenues en octobre et en novembre. La malade n'a rien vu en décembre ni en janvier.

Notre deuxième observation concerne une jeune fille, opérée d'un kyste dermoïde; les suites de l'opération furent excellentes, puisque la guérison était obtenue en quinze jours. Lorsqu'elle quitta l'infirmerie de la Salpêtrière, son état général était bon, et les forces revenaient rapidement; elle jouait toute la journée, était fort gaie, ne paraissait nullement se ressentir d'une si grave opération. L'ovariotomie avait été pratiquée le 13 juillet 1882; à la fin du mois, la jeune fille était guérie, et, environ un mois après, c'est-à-dire le 4 septembre, elle était prise de douleurs abdominales. Le 6 septembre, M. Monod croit avoir affaire, vu la nature des symptômes, à un étranglement interne. La laparotomie est

pratiquée immédiatement; on trouve une perforation de l'intestin. Le ventre est aussitôt refermé. La malade mourut le soir même. L'autopsie, faite trente-six heures après la mort, permit de constater la perforation au niveau de la première partie de l'ilion ; il n'y avait pas d'étranglement.

Il y eut donc, dans ce cas, une péritonite dont les symptômes alarmants firent porter le diagnostic : étranglement interne, d'où la laparotomie. Il n'y a pas de doute, cette péritonite aiguë a été produite par la perforation, constatée au moment de l'opération et à l'autopsie, et qui a introduit dans la cavité péritonéale les matières contenues dans l'intestin.

Une question se pose : quelle était la cause de la perforation? Faut-il l'attribuer, comme le pensait l'interne du service, aux tiraillements des anses intestinales plus ou moins amincies et légèrement adhérentes entre elles, ou bien faut-il chercher une autre cause, telle qu'une inflammation de l'intestin? Nous pencherions plus volontiers vers cette hypothèse, mais il n'est pas permis de se prononcer d'après l'autopsie, dont une courte description suit l'observation, elle-même assez incomplète, vu la difficulté que nous avons rencontrée à en réunir les éléments.

Obs. II. — (Inédite. Communiquée par M. le Dr Monod).

D... (Louise), âgée de 15 ans, entre à l'infirmerie de la Salpêtrière, le 3 octobre 1881.

Dans son enfance elle a eu à plusieurs reprises des conjonctivites et de l'impétigo. Sauf une variole à l'âge de 2 ans, pas de maladies antérieures.

En octobre 1880, pour la première fois, apparaissent des douleurs dans les reins et particulièrement du côté droit ; en même temps le ventre se développe.

Au mois de juillet 1881, la malade doit garder le lit pendant quelques jours par suite de l'augmentation de la douleur qui empêche la station debout. Il n'y a ni dyspnée ni gêne des fonctions digestives.

En mai 1881, elle entre à la Maison de santé, rue de Reuilly. M. Monod fait une ponction dans la fosse iliaque gauche sans aucun écoulement de liquide ni accident douloureux consécutif.

Le 15 novembre, c'est-à-dire un mois et demi après son entrée à la Salpêtrière, la tuméfaction du ventre ayant augmenté, M. Terrier fait une nouvelle ponction au-dessous de l'ombilic et n'obtient pas encore de liquide.

Le 8 décembre, une troisième ponction dans le flanc droit laisse écouler un demi-verre à expérience de liquide clair. La ponction est faite par M. Terrier.

Etat de la malade avant l'opération : elle se trouve dans de bonnes conditions de santé. L'appétit, la digestion, le sommeil sont satisfaisants ; le poids de la tumeur n'entraîne de gêne que pour marcher.

Le ventre est développé inégalement et plutôt du côté droit où on remarque deux saillies globuleuses, l'une dans l'hypochondre et la région épigastrique, l'autre plus inférieure, près de l'ombilic. La cicatrice ombilicale est soulevée et déplissée et la circulation collatérale est surtout développée à droite et en haut.

La consistance du ventre est inégale, les deux bosselures supérieures sont plus rénitentes ; on sent dans le flanc gauche et en avant une plaque dure et résistante.

La matité s'étend à tout l'abdomen ; on n'a pas de sensation de flot, mais la dépression brusque de la paroi permet d'arriver sur la tumeur, après avoir refoulé le liquide.

Au toucher on ne peut atteindre l'utérus.

L'ovariotomie a lieu le 13 juillet 1882. Kyste dermoïde. Les suites de l'opération furent parfaites. La malade se rétablit en quinze jours.

Pendant tout le mois d'août elle continue à se bien porter, elle reprend vite des forces et court toute la journée. Vers la fin du

mois, elle est prise de douleurs abdominales qui nécessitent sa ren trée à l'infirmerie.

Le 4 et le 5 septembre elle présente tous les phénomènes d'un étranglement interne.

Le 6, M. Monod se décide a faire la laparotomie. A peine le ventre est-il ouvert qu'il se trouve en présence d'une perforation intestinale. Le ventre est aussitôt refermé. La malade mourut le soir même.

Autopsie pratiquée trente-six heures après la mort. Le ventre est ballonné. Après l'incision de la paroi abdominale apparaissent les anses intestinales, rouges, distendues, légèrement adhérentes entre elles, comme lors de la laparotomie. Du côté gauche, on trouve une grande quantité de liquide verdâtre. Il y a un léger piqueté jaunâtre sur les anses intestinales contenues dans le petit bassin ; le péritoine pariétal est rouge, mais sans exsudat.

La perforation constatée pendant l'opération siége dans l'intestin grêle, au niveau de la première partie de l'iléon. Elle est très ténue et comme produite par le tiraillement des anses intestinales, car d'autres parties très amincies cèdent pendant l'autopsie. Il n'y a pas de fausses membranes entre les anses intestinales.

Au niveau de la fosse iliaque droite, on constate l'adhérence du gros intestin au pédicule ovarien et entre les deux se trouvent les fils de la ligature au milieu de légères fausses membranes.

Enfin, voici la troisième observation, que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Trélat. Elle ne rentre pas, à la rigueur, dans notre cadre, puisque la malade, en réalité, ne fut pas entièrement guérie. Mais elle est intéressante, et soulève diverses questions qu'il nous a été impossible de résoudre complètement, n'ayant suivi la malade que dans les derniers temps de sa vie. Nous avons fait l'autopsie avec M. Lejars, interne du service, que nous remercions de s'être mis à notre disposition.

Dix jours après l'opération, l'état de la malade, comme on le verra dans le cours de l'observation, paraissait

assez satisfaisant, pour que M. le Dr Trélat la crût en bonne voie de guérison. C'est avec la conviction que le résultat était assuré qu'il quitta le service au moment des vacances. Mais bientôt les douleurs abdominales, le ballonnement du ventre indiquent qu'il se fait un travail inflammatoire du côté du péritoine. La péritonite devient bientôt générale et suppurée ; des fistules se forment ; l'état général est devenu mauvais, et des phénomènes de tuberculose pulmonaire sont constatés. La mort survint cinq mois et demi après l'opération ; elle fut autant la conséquence de la suppuration péritonéale que de la tuberculose pulmonaire.

On verra plus loin les résultats de l'autopsie.

A quelle cause attribuer cette péritonite ? Est-ce la rupture du kyste avant l'opération, nécessitant une toilette longue et pénible du péritoine, qui aurait déterminé l'hypérémie de cette séreuse, et, par suite, une péritonite chronique ? C'est probable, bien que, dès le début, l'inflammation n'ait pas revêtu un caractère bien aigu. Serait-elle due à la présence de tubercules dans cette membrane ? C'est encore possible, étant donné l'ascite qui, au début, accompagnait déjà le kyste (l'hydropisie pouvait tenir également à la présence de la tumeur), et, surtout, vu le processus pathologique constaté quelque temps après du côté de la poitrine.

La phthisie pulmonaire eut une marche assez rapide, en considérant le temps écoulé depuis la constatation des symptômes jusqu'à l'époque de la mort. Mais, évidemment, elle ne revêtit pas la forme galopante, et, quoique l'observation témoigne du bon état de la santé

à un certain moment, rien n'empêche de supposer que, déjà, la malade était en possession de la diathèse, qui prit un rapide développement sous l'influence du séjour à l'hôpital, comme de l'opération elle-même.

L'autopsie nous a-t-elle révélé la présence de granulations miliaires dans la séreuse péritonéale ?

Nous n'en avons pas constaté, mais, à vrai dire, l'état des organes, macérés dans le pus, était tel qu'il n'est pas permis de porter une opinion trop affirmative.

Dans tous les cas, nous ne voyons pas d'autres causes déterminantes de cette péritonite suppurée que la tuberculisation péritonéale, ou l'irritation produite par la rupture du kyste et l'épanchement du liquide dans la cavité du péritoine. Et, à propos de cette hypothèse, nous pourrions rappeler les paroles de M. le professeur Panas (dans sa communication à la Société de chirurgie, en 1874) : « J'ai été conduit à penser, disait alors ce chirurgien, que la coexistence de l'ascite et d'un kyste est plutôt une complication fâcheuse qu'un avantage. En effet, là où il y a de la péritonite plastique ou exsudative, la péritonite suppurative post-opératoire (ajoutons aussi sous l'influence d'un état général diathésique) n'est pas loin. »

On le voit, cette observation prête à diverses objections : il nous paraît difficile d'y répondre en toute certitude.

Obs. III. — (Inédite). Communiquée par M. le professeur Trélat.

A... (Héloïse), âgée de 38 ans, entre le 2 juin 1883 à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Trélat.

Pas d'antécédents à noter. Elle a été réglée à 12 ans et depuis la menstruation a toujours été régulière. Elle a eu quatre enfants.

Au mois de juillet 1882 elle s'est aperçue que son ventre augmentait de volume, et huit jours après une contusion assez forte du flanc droit, elle aurait ressenti des douleurs intenses dans l'abdomen. A cette époque il semblait à la malade qu'elle avait une tumeur dans le côté droit du bassin, tumeur qu'elle sentait balloter et au niveau de laquelle elle éprouvait de vives douleurs.

En janvier 1883, on fait une première ponction à droite qui donne 10 litres de liquide verdâtre.

En mars, seconde ponction, 7 litres du même liquide.

Le 26 mai, la malade vient consulter. On constate une tumeur volumineuse qui a toutes les apparences d'un kyste de l'ovaire et une ascite peu abondante. Cette femme, en rentrant chez elle, est prise de douleurs abdominales très vives et en même temps, dit-elle, son ventre, qui était très saillant, s'aplatit. Elle garde le lit jusqu'à son entrée, le 2 juin.

Le 3. La malade est très affaiblie, elle a beaucoup maigri. Le ventre est encore volumineux, mais il a pris la forme ascitique : ascite abondante. En déprimant la paroi abdominale, on sent la tumeur qui paraît avoir diminué de volume.

Le 4. Elle éprouve dans la région de l'hypochondre gauche des douleurs très vives, qui durent vingt-quatre heures. Les règles s'arrêtent le 7.

Le 9. On fait une ponction à droite qui donne 7 litres de liquide ascitique.

M. le professeur Trélat fait alors remarquer que le 26 mai il y avait une grosse tumeur et relativement peu d'ascite, que la malade a beaucoup souffert depuis, que la forme du ventre a changé, qu'à son entrée elle présentait une ascite abondante avec une petite tumeur, que le liquide extrait le 9 juin est différent de celui extrait dans les deux premières ponctions, et en conclut qu'évidemment il y a eu rupture du kyste dans le vrai sens du mot entre le 26 mai et le 2 juin.

L'exploration après la ponction permet de sentir une tumeur arrondie, plutôt pyriforme à grosse extrémité supérieure, mobile, bosselée, plus molle en certains points, située dans l'hypogastre. L'extrémité supérieure correspond à l'ombilic, l'extrémité inférieure plonge dans le bassin.

La paroi abdominale est bien mobile sur la tumeur.

Toucher vaginal : le col de l'utérus est mobile et indépendant de la tumeur. Celle-ci est très mobile et peut être sentie quand la main gauche déprime l'hypogastre et que l'index de la main droite est dirigé en haut et en avant. Il est possible que la tumeur ait contracté des adhérences avec la face antérieure de l'utérus.

Depuis la ponction du 9 juin, la malade va bien. Son kyste a régulièrement augmenté de volume.

Le 10 juillet, il dépasse l'ombilic de 5 centimètres. Il y a en même temps un peu, très peu d'ascite.

L'opération a lieu le 31 juillet.

Au moment même où on apporte la malade sur le lit d'opération, on constate que le ventre vient de changer de forme, le kyste s'est rompu. Pendant l'opération on a reconnu la déchirure récente qui siégeait en arrière. La cavité péritonéale est remplie d'un liquide gris-verdâtre qu'on éponge autant que possible pour voir clair. Sauf la présence de ce liquide, qui a nécessité une toilette longue et soignée du péritoine, l'opération a été simple : incision médiane, pas d'adhérences, pédicule convenable. L'ovaire gauche, déjà kystique et gros comme une petite pomme, a dû être également enlevé. On place 9 points de suture péritonéale et 2 superficiels.

Le premier jour, il y eut un peu de collapsus, la température s'élève à 38,2.

Le troisième jour, agitation nerveuse par suite de visite intempestive.

Le cinquième jour, un peu de diarrhée.

Les jours suivants, l'état général est satisfaisant. Les sutures, sauf deux, sont enlevées au premier pansement, le 18 juillet.

Le 21. On enlève les deux dernières sutures. La malade est en très bon état. Aussi M. Trélat quitte le service, croyant la guérison assurée.

Le 25. La cicatrice est fermée, sauf en un point, un peu au-dessous de l'ombilic, où la réunion ne se fait pas et où le pus commence à apparaître. On y met un tube à drainage et on fait le pansement de Lister. A partir de ce jour la suppuration s'établit, elle est d'abord peu abondante. Mais bientôt les douleurs abdominales, le ballonnement irrégulier du ventre, sa sensibilité à la pression, son empâtement indiquent qu'il s'est fait une péritonite suppurée.

Le 28. La malade est évacuée dans le service de M. Blachez, où on continue à la panser tous les jours.

Trois jours après, une quantité considérable de pus est évacuée par le vagin. Pendant un mois l'écoulement du pus se fait par cette voie en même temps que par la cicatrice ; puis la fistule se ferme. (Nous la retrouverons à l'autopsie complètement oblitérée).

A cette époque la malade a commencé à tousser un peu, à maigrir, à éprouver des sueurs : état général qui pouvait se rapporter à la suppuration ou à des lésions secondaires du poumon.

5 octobre. L'ouverture située au-dessous de l'ombilic finit par se fermer, mais l'ombilic à son tour devient l'orifice d'une fistule qui donne lieu à un écoulement de pus épais, d'odeur infecte.

Un stylet, introduit par cet orifice, conduit dans un trajet qui remonte de l'ombilic vers l'hypochondre gauche et qui admet toute la longueur du stylet : trajet fistuleux que M. Monod incise avec les ciseaux et dans lequel on met un large tube.

La suppuration persiste ; l'état local reste le même, mais l'état général devient de plus en plus mauvais. L'amaigrissement continue, la malade se dessèche ; elle a de la fièvre le soir, des sueurs nocturnes.

21 novembre. La percussion de la poitrine détermine de la douleur aux sommets ; submatité en avant et à droite, en arrière et à gauche ; exagération des vibrations thoraciques.

A l'auscultation, on entend des râles sous-crépitants dans tout le poumon droit et quelques râles dans le poumon gauche. Au sommet droit en avant, gros craquements avec souffle caverneux localisé au-dessous de la clavicule ; en arrière, submatité, souffle et râles sous-crépitants plus fins.

En résumé, tuberculose pulmonaire secondaire avec localisation spéciale et cavernes aux sommets.

Expectoration purulente très abondante. Affaiblissement progressif.

Le 26. L'expectoration cesse complètement, la suppuration diminue.

La malade meurt le 30 novembre.

Autopsie. — Le poumon gauche est sain, sauf au sommet où il présente de l'induration de pneumonie ancienne entourant quelques petits noyaux caséeux.

Poumon droit : on trouve quelques adhérences au sommet et de

légers tractus fibrineux entre les lobes. Le sommet est occupé par une caverne de la grosseur d'un œuf de pigeon, par quelques cavernules et autour sont disséminés de petits points d'hémorrhagie capillaire. Les lobes supérieur, moyen et inférieur sont infiltrés de tubercules ; dans le lobe inférieur, congestion vasculaire beaucoup plns intense. Les petites bronches sont dilatées et contiennent un liquide muco-purulent.

Les ganglions sont congestionnés ; quelques-uns présentent des points grisâtres d'infiltration tuberculeuse.

Pas de tubercules ni dans la plèvre, ni dans le péricarde.

Sur le cœur, en avant, au niveau de la pointe du ventricule gauche, existe une plaque laiteuse. Le cœur est rempli de caillots : énorme caillot cruorique dans le ventricule droit ; caillots fibrineux durs, épais dans le ventricule gauche. L'aorte est saine. Pas de thrombose veineuse.

A l'ouverture de la cavité abdominale on constate une péritonite généralisée et suppurée. Toute la masse intestinale adhère à la paroi abdominale; les anses intestinales sont agglutinées entre elles et adhérentes aux parois et aux organes du petit bassin. Là cicatrice est bien fermée : à sa partie supérieure existe un orifice donnant suite à un trajet fistuleux qui remonte obliquement vers l'hypochondre gauche, descend en dehors de l'S iliaque et aboutit à un vaste clapier purulent, de la grosseur du poing, situé autour du bas-fond de la vessie et du fond de l'utérus. L'utérus est sain. Les vaisseaux du ligament large sont extrêmement dilatés et les veines forment de gros cordons très apparents. Si l'on suit les trompes de Falloppe, en partant de l'utérus, on arrive à droite sur l'ovaire dont le tissu en est reconnaissable au milieu de ce magma de pseudo-membranes péritonéales. Du côté gauche, on retrouve également quelques débris de l'ovaire, et à deux ou trois travers de doigt au-dessus et en arrière de lui, dans le ligament large, on trouve le double fil de soie qui avait servi à lier le pédicule de la tumeur. Ce double fil a déterminé autour de lui une inflammation qui a produit son enkystement.

Sur la paroi latérale gauche du vagin se voit une petite dépression, qui est la trace de l'orifice d'un trajet fistuleux cicatrisé ayant fait communiquer à un certain moment le vagin avec le foyer purulent. Rien du côté du rectum.

Il n'y a pas trace de tubercules dans le péritoine, ni dans au-

cun autre organe. Le foie est congestionné. Les reins sont gros, la substance médullaire est blanchâtre, la substance corticale très congestionnée.

Infiltration et œdème du membre inférieur gauche. Caillots cruoriques dans la veine fémorale : en un point très limité un petit caillot blanc, fibrineux, adhérent, et à ce niveau un peu de rougeur de la veine, indice d'une phlébite limitée avec oblitération partielle de la circulation veineuse.

2° *Obstruction intestinale.*

L'étranglement interne et les symptômes d'occlusion intestinale ont été notés quelquefois à la suite de l'ovariotomie.

Spencer Wells, dans un de ses premiers cas, rapporte qu'une anse intestinale se trouva comprimée entre le pédicule et la paroi abdominale. Une autre fois, ayant employé le traitement intra-péritonéal du pédicule par la ligature et la cautérisation, il observa une obstruction de l'intestin qui entraîna la mort et était due à l'adhérence d'anses intestinales au moignon du pédicule, à tel point que la cavité du tube intestinal était complètement interrompue. Il observa le même résultat par suite de l'adhérence de l'intestin à un pédicule auquel il avait appliqué le clamp.

On voit, d'après ces cas, que cet accident a été observé aussi bien dans l'une ou l'autre méthode de traitement du pédicule.

Lorsqu'on a employé le clamp, dit Boinet, un étranglement intestinal autour du pédicule est possible, ainsi que l'a constaté Kœberlé. Spencer Wells considère

cette objection comme de peu de valeur, si l'on restreint l'usage du clamp aux cas où le pédicule est assez long pour qu'on n'ait pas besoin de tirer dessus pour y appliquer le clamp. Il cite cependant un fait où le pédicule tendu étranglait l'intestin, et nous-même rapporterons plus loin une observation qui nous a été communiquée par M. le professeur Le Fort, et dans laquelle nous croyons pouvoir attribuer la mort à la même cause.

A propos de la méthode intra-péritonéale, Boinet se demande également si les adhérences entre le pédicule, le péritoine et les intestins ne pourraient pas former des brides, qui plus tard produiraient des étranglements intestinaux.

M. Thornton (Medical Times, juin 1880), remarque que dans les cas défavorables où la surface du moignon adhère à l'intestin, il peut se produire une torsion et une obstruction directe ; si elle adhère à une autre partie, un pont se formera sous lequel pourra s'insinuer une anse intestinale qui y contractera des adhérences et s'étranglera, d'où une obstruction indirecte.

Aussi Spencer Wells, alors partisan du clamp avant l'emploi des antiseptiques, écrivait : « Quand bien même ces adhérences ne seraient pas mortelles, il est plus que probable qu'elles amèneraient une obstruction intestinale plus ou moins grave et prolongée, et causeraient des désordres permanents bien plus sérieux que la simple adhérence du pédicule à la paroi abdominale. »

Quelle que soit donc la méthode suivie pour le traitement du pédicule, le clamp, la ligature, la cautérisation, la ligature et la cautérisation réunies, l'obstruction intestinale a pu se produire, mais disons tout de suite que c'est un accident relativement rare.

On a attribué aussi une grande importance à la manière dont est faite la suture abdominale. Spencer Wells, dans les expériences qu'il a faites sur les animaux, a remarqué que lorsque les bords divisés du péritoine ne se réunissent pas entre eux, ils contractent des adhérences avec les viscères abdominaux, adhérences qui, devenues plus fortes et plus solides, peuvent former des brides capables de donner lieu à des étranglements. D'où l'indication de comprendre le péritoine dans la suture. Tel est aussi l'avis de Boinet.

Signalons, en terminant, une cause d'obstruction, qui, selon Spencer Wells, a été méconnue jusqu'ici. Chez beaucoup de sujets à l'état normal, on trouve des portions de l'intestin grêle engagées entre l'utérus et le rectum. On comprend très bien qu'après l'ovariotomie, lorsqu'on a enlevé la partie inférieure d'une tumeur qui repoussait l'utérus en haut et en avant, il reste entre le rectum et l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas, un espace considérable où l'intestin peut venir s'engager. Cette portion de l'intestin grêle, chargée de matières fécales et tombant dans le cul-de-sac utéro-rectal, peut simuler un abcès ou une hématocèle. Si maintenant nous la supposons fixée plus ou moins solidement par un épanchement de lymphe, il

est fort probable qu'il se fera une obstruction et qu'en explorant le vagin on trouvera une tuméfaction considérable en arrière de l'utérus.

Ces obstructions intestinales n'ont pas toujours une issue fatale. M. Péan, dans ses cliniques, signale quatre malades qui ont présenté des accidents d'occlusion temporaire, soit peu de jours après l'opération, soit au contraire, alors qu'elles étaient en pleine convalescence. Deux autres ont péri par étranglement et l'une d'elles le vingt-sixième jour. La femme inscrite sous le n° 30, opérée en 1870 d'un kyste mixte à liquide gélatineux, eut, en 1874, un étranglement interne, dont elle a guéri.

Dans l'observation ci-jointe de M. le professeur Le Fort, on verra que l'occlusion intestinale survenue chez l'opérée, reconnut justement pour cause une de celles mentionnées plus haut.

En effet, la malade, âgée de 33 ans, entrée à l'hôpital Beaujon le 20 octobre 1875, fut opérée par M. Le Fort le 10 novembre: le pédicule était très large et très court, il s'enfonçait profondément dans la cavité pelvienne. Alors les chirurgiens n'avaient pas encore reconnu la supériorité de la méthode intra-péritonéale, et le pédicule, malgré sa largeur et sa brièveté, fut attiré au dehors et maintenu par deux aiguilles lancéolaires, placées en croix. Mais bientôt, en même temps que l'opérée était sujette à divers troubles, on put constater un fort mouvement de retrait de la paroi abdominale vers les parties profondes ; ce mouvement même s'accentua au point de produire un enfoncement

en forme d'entonnoir. Cette femme, cependant, sortit de l'hôpital vers le milieu de décembre. Le 9 décembre, la plaie était guérie, les autres accidents avaient aussi disparu et la malade se leva pour la première fois.

Un an après, M. Le Fort apprit par un de ses élèves que cette femme avait succombé à une occlusion intestinale. L'autopsie ne fut pas faite, mais ce n'est pas trop s'avancer que de chercher la cause de l'occlusion dans la traction due à la brièveté du pédicule, maintenu au dehors et tendant à revenir vers les parties profondes, d'où la dépression abdominale caractéristique. Les fonctions de l'intestin furent gênées par ce pont tendu d'avant en arrière, qui, à un moment, a produit un étranglement interne, une anse intestinale étant venue s'étrangler sur ce pédicule.

Observation inédite (résumé), communiquée par M. le professeur Le Fort.

P. (Albertine), âgée de 33 ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 2 octobre 1875 pour une tumeur de l'abdomen, dont le début est fort incertain et semble remonter à sept ou huit ans environ.

La santé a été généralement bonne ; couches régulières il y a quinze et treize ans. Le dernier enfant est vivant et bien portant.

Il y a trois ans, la malade fut ponctionnée, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Le Fort ; il s'écoula 20 litres de liquide séreux et clair. Trois mois après, perte utérine qui fut attribuée à une fausse couche. C'est depuis six mois seulement que la tumeur a commencé à s'accroître rapidement. Les règles sont régulières ; pas de troubles digestifs ; pas de douleurs abdominales ; aucun signe de péritonite partielle, ni avant, ni après la ponction.

M. Le Fort pratiqua l'ovariotomie le 10 novembre. Incision de la paroi abdominale. Ponction du kyste : 18 litres de liquide séreux,

clair, non filant, légèrement jaunâtre. Section d'une bride péritonéale située en avant, à la partie moyenne du kyste. Le pédicule très large, s'enfonçant profondément dans la cavité pelvienne, semblait s'implanter sur toute la largeur du ligament large du côté gauche. Deux anses de fil de soie compriment le pédicule à droite et à gauche ; une anse métallique est placée au-dessous et fortement serrée ; attirant le pédicule en avant, on place une seconde anse métallique plus profondément que la première. Deux aiguilles lancéolaires sont placées en croix à travers le pédicule au niveau de la ligature.

Pendant la journée, la malade se plaignit presque continuellement de tiraillements à l'hypogastre, dans le vagin, d'un point douloureux à la partie droite de l'abdomen, de douleurs lombaires,

Les douleurs qui avaient presque complètement disparu le 11, revinrent les jours suivants, mais bien moins fortes.

Le 18 novembre, l'état général est toujours très satisfaisant.

Le 24. La partie superficielle du pédicule est éliminée ; l'anse métallique superficielle tombe d'elle-même.

Le 29. On enlève le second fil métallique, qui se trouve situé très profondément, le pédicule ayant subi un mouvement de retrait vers les parties profondes. En l'enlevant, on déchire quelques bourgeons charnus. Dans la journée, la malade se plaint de souffrir beaucoup de l'abdomen ; les douleurs reviennent par crises, s'irradiant jusqu'à la vulve. Cependant le ventre n'est ni tendu, ni douloureux à la pression.

30 novembre. La plaie abdominale s'enfonce de plus en plus par suite de la rétraction progressive du pédicule vers la cavité pelvienne.

1er décembre. La plaie se déprime de plus en plus, devient très profonde, en entonnoir. Etat de malaise continuel, nausées, vomissements bilieux dans la journée, constipation. Un purgatif fait disparaître tous ces accidents.

Le 3. La gaité est revenue. Tout symptôme fâcheux a disparu. La plaie suppure beaucoup ; des bourgeons charnus apparaissent au fond et commencent à en diminuer la profondeur.

A partir de ce moment la plaie est en bonne voie de cicatrisation. La malade reprend des forces, le pouls varie entre 80 et 90, la température entre 36°,6 et 37°.

Le 9. La plaie est en grande partie cicatrisée ; la malade se lève pour la première fois.

Un an après, M. Le Fort apprenait par un de ses élèves que cette femme venait de succomber à une occlusion intestinale.

3° *Fistule fécale.*

Enfin, pour compléter ce chapitre, nous dirons quelques mots de la fistule fécale. Spencer Wells avait déjà attiré l'attention sur cet accident auquel peut aboutir, longtemps après la guérison, une obstruction intestinale plus ou moins complète, consécutive à l'ovariotomie. A une observation personnelle, le chirurgien anglais en a ajouté trois autres des docteurs Keith, Lyon et Bryant. Nous résumons à titre de document ces quatre observations, renvoyant à l'ouvrage de Spencer Wells pour les détails. Quant à nous, soit dans les ouvrages que nous avons consultés, soit chez les malades que nous avons eu l'occasion de visiter, nous n'avons rien rencontré de semblable.

Obs. I. — Dans le cas de Spencer Wells, l'opération a lieu le 10 mars 1864. La malade, à peu près guérie, quitte l'hôpital dans les premiers jours de mai. Le 6 de ce mois, elle a des frissons suivis de vomissements et de diarrhée verdâtre ; puis fièvre et sueurs profuses, écoulement abondant sur le trajet des ligatures. L'écoulement fécaloïde, le 9 et le 10, est simplement purulent le 11, et le 31 l'écoulement a graduellement diminué et la malade se trouve bien.

En octobre, cette femme présente un très léger suintement de pus de la partie inférieure de la cicatrice. L'état général se maintient assez bon jusqu'en mai 1865 ; alors l'écoulement purulent, à odeur fétide, a considérablement augmenté, accompagné parfois de malaises.

Le 15. Fièvre et diarrhée; l'écoulement, d'abord moindre et ayant une teinte fécaloïde, devient peu à peu plus abondant et plus fécaloïde. La vie se prolongea ainsi avec des alternatives diverses jusqu'au 20 décembre 1865, époque à laquelle la malade mourut. A l'autopsie on constate une fistule du rectum qui, par deux orifices, communique avec une cavité suppurée, située sur le côté gauche de l'utérus.

Obs. II. — Le Dr Keith opéra, en octobre 1865, une femme de 32 ans. Il enleva les deux ovaires; le pédicule du second était si court qu'il fut lié et les fils de soie coupés court. La malade guérit rapidement et au bout de six semaines se portait très bien. Elle commença alors à éprouver de la douleur et de l'irritation dans le bassin et, en décembre, un abcès pelvien se formait et venait faire saillie un peu au-dessous de l'arcade crurale.

En janvier 1867 l'ouverture était presque fermée, mais au mois de mai, il y eut tout d'un coup un écoulement de sang coagulé par le rectum, suivi d'un écoulement de pus par l'ouverture inguinale. Peu après apparurent des matières fécales, qui ne cessèrent qu'en juillet, où la fistule se ferma définitivement.

C'est le seul cas de ce genre qui soit arrivé au Dr Keith, et, à cette époque, c'était le premier où il avait abandonné le pédicule et les ligatures dans l'abdomen, après l'ovariotomie.

Obs. III.— Dans le cas du Dr Lyon, l'opération avait été pratiquée en 1866 avec succès. Pendant quelques jours il y eut des hoquets et des vomissements graves, puis l'on s'aperçut que la réunion des bords de la plaie était imparfaite. On voyait au fond de la plaie une portion de l'intestin qui était adhérente. Il se fit en ce point des petites perforations qui donnèrent issue à de la matière fécale et à des gaz fétides. On essaya de différentes façons d'amener la cicatrisation, mais, en août 1867, la plaie, ou plutôt la petite portion d'intestin perforé, qui était visible, restait sans être modifiée.

Obs. IV. — L'observation de M. Bryant est celle d'un cas heureux d'ovariotomie, en 1867. Le pédicule avait été transfixé et lié avec du chanvre, l'extrémité des ligatures avait été coupée court et abandonnée avec le pédicule dans l'abdomen. Quelques mois après, ces ligatures étaient rejetées par un anus artificiel, formé à la par-

tie inférieure de la plaie abdominale. Il se ferma quatre jours après pour se rouvrir une semaine plus tard, également d'une manière spontanée, jusqu'à ce que la ligature du pédicule vint à sortir par la plaie ; après quoi l'anus accidentel se ferma et la malade guérit pour toujours.

CHAPITRE VI.

DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE CONSÉCUTIVE A L'OVARIOTOMIE.

Avec les progrès de la science histologique et l'étude plus spéciale des kystes de l'ovaire, et surtout par l'observation de cas de dégénérescence cancéreuse consécutive à l'ovariotomie, on est arrivé à se poser cette question, comme le fait le Dr Quénu dans sa thèse de Paris, 1881 : « Faut-il modifier le pronostic de l'ovariotomie et placer des complications lointaines à côté des immédiates ? »

Déjà, le 8 juin 1874, à la Société de chirurgie, M. le professeur Panas avait soulevé la question des résultats éloignés de l'ovariotomie. Son but était d'attirer l'attention des chirurgiens sur la possibilité de productions cancéreuses dans différents organes, reconnaissant pour cause primitive probable le kyste de l'ovaire extirpé.

La communication de M. Panas si intéressante, parce qu'elle est en réalité la première relative à cet accident et qu'elle expose avec une grande clarté tous les termes du problème, nous semble mériter d'être citée *in extenso* dans notre travail.

« Jusqu'ici, dit M. le professeur Panas, l'attention des chirurgiens n'a porté que sur un seul point de la question, à savoir : un kyste ovarique étant donné, peut-il être enlevé avec succès, même à l'aide d'une opération laborieuse ? En cas d'affirmative, on procède à l'opéra-

ration, sans se soucier de ce qui pourra arriver plus tard.

« Cette confiance dérive de l'ignorance dans laquelle nous avons été jusqu'ici sur la nature maligne et récidivante de certains kystes de l'ovaire, alors même qu'ils ont été complètement enlevés. Instruit par les faits, je demande la permission à la Société d'insister sur un point capital, bien que négligé; je veux parler des résultats éloignés de l'ovariotomie.

« Qu'on ouvre, en effet, les livres les plus autorisés ou les monographies les plus complètes et les plus récentes qui traitent de cette opération, et l'on se convaincra aisément qu'il n'y est presque rien dit du sort définitif des opérées.

« Je crois donc remplir une lacune véritable en venant signaler à votre attention des faits qui m'ont vivement frappé, et qui, je l'espère, ne manqueront pas d'intéresser tous ceux qui se livrent à la pratique de l'ovariotomie. Je dois même ajouter tout de suite que nos savants collègues, MM. Boinet et Verneuil, à qui je faisais part, il y a plus d'un an, des réflexions que la pratique m'avait suggérées sur ce sujet, m'ont assuré avoir connaissance de faits de même ordre qu'ils s'empresseront, j'en suis sûr, de vous communiquer. J'espère que, par le concours de tous, la lumière se fera complète sur cette question délicate de chirurgie, concernant les conséquences et les dangers, non seulement *immédiats*, mais *tardifs* et éloignés de l'ovariotomie.

« En 1871 (Gazette des Hôpitaux, 1871, p. 350), j'ai eu l'honneur de vous présenter une femme, opérée et

guérie d'un kyste multiloculaire et en partie suppuré de l'ovaire.

« M. Verneuil, qui avait bien voulu m'adresser cette malade, assistait à l'opération, ainsi que M. Boinet.

« La guérison se maintint parfaite depuis, lorsqu'en 1873 (dix-huit mois après l'opération), la santé générale, qui était florissante, commença à décliner; la malade maigrit avec une rapidité effrayante. Des douleurs vives se déclarèrent sur différentes parties du corps et cette pauvre femme se décida à entrer dans mon service, à Lariboisière.

« Un examen attentif nous permit alors de constater ce qui suit :

« Rien n'était survenu du côté des organes sexuels : vulve, vagin, ovaire restant et ligament large du même côté, tout était absolument sain, comme au moment où vous l'aviez vue.

« Par contre, les ganglions inguinaux et ilio-lombaires, ceux des aisselles et du cou étaient devenus le siège d'une dégénérescence carcinomateuse des plus manifestes. Ce n'était plus que de gros paquets indurés, bosselés et fortement adhérents à la peau, également envahie par la dégénérescence maligne.

« Les deux mamelles étaient devenues cancéreuses, ainsi que l'omoplate droite, les deux clavicules et divers points de la colonne vertébrale.

« Bref, nous avions affaire ici à une généralisation cancéreuse des plus épouvantables, et force nous a été alors d'incriminer, en tant que point de départ probable, la tumeur ovarique si heureusement enlevée dix-

huit mois auparavant, et qui m'avait paru, ainsi qu'à MM. Boinet et Verneuil, comme un type de ce qu'on a décrit sous le nom de kyste multiple proliférant, à contenu gélatineux.

« Je dois même ajouter que, sur un point, la masse offrait une loge remplie d'un magma mélicérique avec des cristaux de cholestérine et des poils. Telle est l'histoire succincte de ce premier cas.

« Dans la même année (1873) se présentait à Lariboisière une femme de 54 ans, offrant un kyste pour le moins biloculaire, dont une des loges contenait à elle seule, ainsi que j'ai pu m'en assurer par la ponction, 18 litres d'un liquide brun jaunâtre, franchement visqueux, mais ne présentant ni cholestérine, ni flocons d'aucune espèce, bien qu'il précipitât par la chaleur, l'alcool et l'acide azotique en un magma albumineux cérébriforme, tellement ce liquide était riche en matières protéiques. Après l'évacuation du liquide, on sentait des masses solides dans la fosse iliaque et dans l'excavation pelvienne qui paraissaient adhérer fortement à la paroi abdominale.

« La malade avait beaucoup maigri depuis l'apparition de cette tumeur, dont le début, et j'insiste tout particulièrement sur ce point, ne remontait pas, au dire de la malade, à plus de *six* à *huit* mois au maximum.

« Une particularité non moins digne de remarque, c'est que chez cette femme les règles, au lieu de diminuer ou pour le moins de ne pas se modifier notablement, devinrent plus abondantes, plus fréquentes, et se transformaient parfois en véritables hémorrhagies.

« Toutes ces conditions, rapprochées de l'âge de la malade, de la rapidité extrême du développement de la tumeur et par dessus tout, je l'avoue, de la [connaissance que je venais d'acquérir, que des tumeurs réputées kystes se comportaient comme de vrais cancers, me firent annoncer aux élèves du service que, probablement, sous les apparences d'un kyste ovarique, nous avions peut-être affaire à une tumeur maligne de l'ovaire avec développement d'énormes poches liquides dans la masse. Voulant compléter le diagnostic topographique de la tumeur, je procédai incontinent au toucher vaginal, et bien m'en a pris, car j'ai pu constater de la sorte que l'utérus, d'ailleurs très mobile sur la masse ovarique, était affecté dans son col d'un champignon cancroïdal du volume d'un œuf de pigeon, ne dépassant pas en hauteur les limites du vagin. Je jugeai dès lors toute opération radicale comme impraticable, et je me contentai de prescrire de temps à autre des ponctions palliatives, ce qui fut fait deux fois depuis dans l'espace de *dix mois*. Quant à la malade, elle dépérit de plus en plus et elle rentre aujourd'hui même dans le service au dernier degré de marasme.

« Mon attention ayant été éveillée par ces faits, je me suis mis à réfléchir sur tout ce que j'avais vu par moi-même concernant les kystes ovariques, et voici ce à quoi je suis arrivé :

« Parmi les tumeurs englobées sous le nom de kystes de l'ovaire, les unes marchent avec une extrême lenteur (cinq à dix ans et au delà) sans déterminer d'autres accidents que ceux résultant du poids et du volume de

leur masse, tandis que les autres procèdent avec une extrême rapidité (j'ai vu chez des femmes maigres l'abdomen acquérir 110 à 140 centimètres de circonférence en moins de six mois ou un an), déterminant des douleurs vives à répétition, et s'accompagnant souvent d'une altération passagère de la température, ou de nausées et de vomissements, le tout conduisant à une émaciation très prompte. »

. . . .

« Plus une tumeur ovarique, qui a marché d'ailleurs vite, contient des masses solides proliférantes et de la matière franchement colloïde, plus elle s'écarte des kystes bénins pour se rapprocher des sarcomes, des myxomes et des myxosarcomes, dont la marche, les suites immédiates et éloignées, y compris la récidive, rappellent bien plus des cancers kystiques que des kystes vrais.

« Il ne faut pas oublier, en effet, que l'ovaire, organe à structure essentiellement aréolaire, est pourvu de kystes normaux innombrables. Conformément à cela, l'anatomie pathologique nous enseigne que toute tumeur ovarique, fût-elle réputée *fibreuse pure*, ne va pas sans la coexistence de kystes dans sa masse. Tel est l'avis surtout de M. Kœberlé qui, dans une conférence que j'ai eue avec lui, à Paris, il y a quatre mois environ, m'a déclaré formellement n'avoir jamais rencontré jusqu'ici une seule tumeur fibreuse de l'ovaire qui ne fut en même temps plus ou moins kystique. Voilà pourquoi il ne suffit pas désormais de constater l'existence d'un énorme kyste pour pouvoir exclure toute idée de mali-

gnité, et qu'ici comme pour le diagnostic des tumeurs en général, il faut tenir compte de toutes les conditions de développement de la maladie, de l'âge, de la constitution, de l'hérédité, de l'état général ou fonctionnel, et aussi de la marche plus ou moins rapide ou plus ou moins lente de la lésion.

« En résumé, lorsqu'il s'agit de pratiquer l'opération de l'ovariotomie, il ne suffit pas de se poser une *seule* question, comme on l'a fait jusqu'ici, à savoir, la tumeur est-elle *enlevable* ou *non* ? mais il faut s'enquérir en outre de la nature véritable de celle-ci.

« La masse kystique devant être enlevée, il reste encore à savoir si la récidive sur place (dans le pédicule ou à distance), et jusque dans les viscères, ne serait pas à craindre, en quel cas il faut renoncer à opérer. Pour arriver à ce diagnostic, nous attachons une réelle importance à la rapidité avec laquelle s'est développée la maladie. Si, avec cela, il y a des signes évidents de cachexie, et *a fortiori* si des lésions locales ou viscérales (utérus, ganglions profonds, mamelles, estomac, foie, etc.) laissent soupçonner une dégénérescence possible, le mieux serait de s'abstenir de toute opération, alors même que l'absence d'adhérences, la longueur du pédicule et les autres conditions locales, en apparence favorables, sembleraient promettre un succès immédiat. En un mot, il faut être tout aussi réservé d'opérer ici que lorsqu'il s'agit d'un sein qu'on soupçonne devoir être carcinomateux. »

M. le professeur Panas nous paraît bien être le premier qui ait attiré l'attention sur ces faits de dégéné-

rescence cancéreuse. Cependant, le sujet avait été plus ou moins directement touché par d'autres auteurs.

Ainsi Spencer Wells, dans son Traité, nous entretient d'une femme mariée, âgée de 38 ans, chez laquelle on enleva, le 5 novembre 1858, une tumeur fibroïde à réseaux irréguliers, remplie d'une matière gélatineuse à laquelle aurait pu s'appliquer la dénomination de cancer colloïde ou aréolaire. L'examen microscopique pourtant ne permit pas d'y voir la dégénérescence colloïde vraie.

La femme guérit rapidement et se maintint en bon état de santé pendant plusieurs mois. En juillet 1859, elle commença à ressentir des symptômes de péritonite chronique, suivie d'obstruction intestinale et mourut le 26 août.

A l'autopsie, on découvrit que le péritoine et les intestins étaient couverts de dépôts cancéreux et en trois points leur volume était tel qu'ils avaient comprimé complètement une anse intestinale.

Or, en présentant à la Société pathologique, en 1859, la tumeur extirpée en 1858, Spencer Wells s'exprimait ainsi : « Il s'agit toutefois de savoir si la distinction entre un kyste ovarique composé et une tumeur colloïde véritable peut se faire aussi bien par l'examen histologique que par l'observation clinique, surtout si l'on tient compte de ce fait que la première de ces affections n'a aucune tendance à la reproduction dans des parties éloignées de l'organisme, ni à la contamination des parties voisines ou des glandes. »

Cette observation a inspiré à M. J. Worms (Etude

historique et critique sur l'extirpation des tumeurs cystiques de l'ovaire; *Gaz. hebd.*, 1860), quelques remarques intéressantes que nous allons résumer :

Cet auteur fait observer que dans l'histoire des autopsies de femmes mortes de kystes de l'ovaire, soit naturellement, soit à la suite d'intervention chirurgicale, on rencontre rarement d'autres organes atteints de transformation cancéreuse. Cependant, dit-il, la propagation cancéreuse a pu résulter de l'extirpation de tumeurs aréolaires ou alvéolaires, à liquide gélatineux, analogues à celle de la malade de Spencer Wells, et l'extirpation de ces kystes, qui sont autant des tumeurs solides que des tumeurs cystiques, a donné le plus souvent de mauvais résultats; d'où cette conclusion que la constatation de leur existence devrait ne faire admettre l'opération radicale que comme une ressource excessivement précaire.

Un fait d'Hutchinson vient à l'appui de cette opinion : une femme de 40 ans est opérée d'un kyste multiloculaire, présentant d'une part une grande poche avec 9 litres de liquide, d'autre part un grand nombre de kystes plus petits et de dimensions variées, à paroi épaisse en certains points. La malade se remit vite et sept semaines après l'opération elle était en bonne santé; mais quelque temps plus tard elle succombait aux progrès de la cachexie cancéreuse. Il est nécessaire de faire une réserve, car le Dr Worms pense qu'à l'époque de l'opération la femme était déjà en puissance de cancer.

Mais, on le voit, la question, telle que la présente

M. Worms, qui a en vue de montrer les indications et les contre-indications de l'ovariotomie, s'écarte du cas de M. Panas. Dans cette dernière observation, en effet, ce chirurgien a constaté, avec MM. Verneuil et Boinet, la présence d'un kyste multiple proliférant, à contenu gélatineux, dont l'extirpation fut suivie, dix-huit mois après, d'une généralisation cancéreuse. Dans le second cas de cet auteur, l'opération ne fut pas pratiquée, parce que préalablement on s'était assuré de la coexistence d'un cancer du col de l'utérus.

Dans cette même séance (Soc. de chir., 8 juin 1874), M. le professeur Verneuil citait le fait d'une malade qui, opérée d'un kyste de l'ovaire, succombait un an après avec tous les signes d'une généralisation cancéreuse.

Le même auteur a observé dans son service une jeune fille atteinte d'un kyste de l'ovaire à développement rapide. Une ponction fut rapidement suivie de péritonite et de mort. A l'autopsie on trouva un kyste multiloculaire de l'ovaire droit et dans tous les viscères un grand nombre de tumeurs secondaires analogues au sarcome.

Dans un cas de M. Boinet, rapporté par M. Panas à la suite de sa communication, il s'agissait d'un kyste multiloculaire type, à liquide glaireux. L'ovariotomie fut pratiquée et suivie de guérison ; deux ans après on pouvait constater à la place du kyste une tumeur deux fois grosse comme une tête d'enfant. M. Boinet fit une nouvelle opération et trouva un énorme cancer du pédicule.

Ces quelques faits de dégénérescence cancéreuse con-

sécutive à l'extirpation d'un kyste de l'ovaire, nous amènent à nous demander dans quel cas et comment cet accident peut survenir.

Mais avant d'essayer de trouver une solution au problème, nous croyons de toute utilité de présenter immédiatement une série d'observations, recueillies chez divers auteurs et qui nous montreront tout d'abord que nous n'avons pas affaire à des faits isolés :

OBSERVATIONS EXTRAITES DE PITHA ET BILLROTH, LIV. IV, 1re partie, p. 382.

Obs. I. — *E. Martin.* — Femme de 32 ans. Extirpation d'un kyste ordinaire proliférant, du poids de 11 livres. Guérison. Mort 8 mois après. Autopsie : cancer du pancréas, des deux poumons et des ganglions du hile du poumon; petits noyaux dans le rein droit; le reste de l'abdomen est sain.

Obs. II. — *Bantock.* — Extirpation des deux ovaires ; un des pédicules fut fixé dans la paroi abdominale, l'autre laissé libre dans l'abdomen. Au bout de 3 mois se déclara un carcinome du pédicule cicatrisé. Mort un an après l'opération.

Obs. III. — *Muller* (Oldenbourg). — Cas très remarquable où il enleva un kyste de l'ovaire de bonne nature ; le pédicule fut fixé dans la plaie abdominale. La malade mourut de carcinome de l'épiploon.

Obs. IV. — *Winckel.* — Femme de 42 ans chez laquelle on enleva un kyste proliférant, où le microscope revéla en plusieurs points des dégénérescences graisseuses. Le pédicule fut laissé libre dans l'abdomen. Après la guérison, la malade retomba rapidement ; elle mourut seize semaines après l'ovariotomie.

Autopsie : carcinome du foie et du péritoine. Néphrite parenchymateuse.

Winckel laisse entrevoir qu'il avait supposé que la tumeur ova-

rienne contenait des particules carcinomateuses. La section de la tumeur l'avait aussi laissé penser. Mais l'examen microscopique n'avait révélé autre chose qu'un simple kyste proliférant.

Obs. V. — *Klebs.* — Après l'extirpation incomplète d'un kyste de bonne nature, il se développa dans la cicatrice une tumeur, riche en vaisseaux, présentant les caractères de l'adénome.

Obs. VI. — *Klebs.* — Dans ce second cas, on enleva un kyste gélatineux ; plus tard il se forma dans le petit bassin un carcinome ulcéré du petit intestin.

Obs. VII. — *Spencer Wells* (tables statistiques), n° 3. — Malade de 33 ans. Tumeur de 21 livres avec petits kystes innombrables. Ascite.

La malade mourut 10 mois après. A l'autopsie on trouva de la péritonite chronique avec nombreuses néoformations qui répondaient à la structure du sarcome et non du carcinome.

Obs. VIII. — *Spencer Wells*, n° 33. — Femme de 38 ans. Tumeur de 46 livres 1/2, présentant l'aspect d'un kyste vulgaire proliférant. Mort après 3 mois. La cavité abdominale est remplie de masses encéphaloïdes.

Obs. IX. — *Spencer Wells*, n° 61. — Femme de 61 ans. Tumeur de 37 livres. Beaucoup d'adhérences : au cœcum resta fixée quelque partie de la tumeur. Guérison. Mort 2 mois 1/2 après l'opération. A l'autopsie on trouva tous les organes qui occupent la partie droite de l'abdomen remplis par le carcinome. L'ovaire est envahi par le squirrhe et par un kyste.

Obs. X. — *Spencer Wells*, n° 111. — Malade de 45 ans. Kyste multiple. 16 livres. Après six semaines développement du carcinome dans la cicatrice abdominale.

Obs. X à XXII. — Dans ses tables ultérieures, *Spencer Wells* signale encore 12 cas de même nature : numéros, 127, 151, 330, 331, 433, 519, 545, 557, 605, 656, 712, 764.

La maladie est ainsi désignée : 6 cas, sous le nom de carcinome ; 1, sous le nom de maladie maligne ; 1, carcinome diffus; 1 carcinome du pédicule ; 1, carcinome de l'utérus ; dans 2 cas, carcinome du rectum.

Quant à l'âge des malades qui ont été atteintes de carcinome, il était sur 17 cas, 1 fois de 21 ans, 8 fois de 30 à 39 ans, 5 fois de 40 à 45 ans, 3 fois de 50 à 61 ans.

L'époque de la mort après l'ovariotomie oscille entre 6 semaines et un an trois quarts (21 mois). Dans 7 cas, la mort se produisit après une demi-année; dans 5 cas, un an ; dans 5 cas, dans le cours de la deuxième année.

Spencer Wells (Med. chir. trans., 1881-82, vol. 64, p. 174).

Obs. XXIII, n° 802. — Femme de 64 ans, opérée en octobre 1876. Guérison. Mort de cancer du foie en septembre 1878.

Obs. XXIV, n° 810. — Femme de 21 ans, opérée en novembre 1876. Mariée en 1878. Mort 7 mois après de cancer du poumon.

Obs. XXV, n° 831. — Femme de 47 ans, opérée en mars 1877. Mort de cancer. Sans date.

Obs. XXVI, n° 832. — Femme de 33 ans, opérée en mars 1877. Mort de cancer en 1880.

Obs. XXVII, n° 847. — Femme de 33 ans, opérée en mai 1877. Mort de cancer. Sans date.

Obs. XXVIII, n° 889. — Femme de 60 ans, opérée en janvier 1878. Mort de cancer 4 mois après l'opération.

Obs. XXIX, n° 904. — Femme de 68 ans, opérée en juillet 1878. Mort de cancer en 1880.

Obs. XXX, n° 977. — Femme de 54 ans, opérée en janvier 1880. Mort en août de cancer de l'utérus.

Hutchinson (Med. chir. trans., 1881-82, vol. 64, p. 120).

Obs. XXXI, n° 2. — Femme de 41 ans, opérée en juin 1870. Mort 1 an après de cancer de l'estomac.

Obs. XXXII, n° 7. — Fille de 18 ans, opérée en avril 1876. Mort 6 mois après d'affection maligne du péritoine et de kyste para-ovarique du côté opposé.

Obs. XXXIII, n° 20. — Fille de 31 ans, opérée en avril 1877. Mort de cancer du péritoine 3 mois après.

Obs. XXXIV, n° 27. — Fille de 41 ans, opérée en novembre 1877. Infection du péritoine. Mort d'affection maligne en 1879.

Obs. XXXV, n° 33. — Femme de 48 ans, opérée en février 1878. Infection du péritoine. Mort d'affection maligne 5 mois après.

Obs. XXXVI, n° 52. — Femme de 32 ans, opérée en octobre 1878. Mort d'affection maligne en 1879.

Obs. XXXVII. — *Guire* (Amer. journ. of obst., 1882, vol. XV, p. 357), n° 6. — Fille de 25 ans, opérée le 12 juin 1876. Kyste multiloculaire. Mort de cancer de l'estomac 13 mois après.

Obs. XXXVIII. — *Goodell* (Amer. journ. of obst., 1882, volume XV, p. 368), n° 21. — Fille de 67 ans, opérée le 28 novembre 1880. Guérison. Mort 7 semaines après de cancer du foie.

Obs. XXXIX. — *Homans* (Boston med. and surg. journ., 1882, vol. 107, p. 413), n° 8. — Femme de 38 ans, opérée le 13 février 1879. Guérison. Mort 8 mois après de cancer.

Obs. LX. — *Péan* (tableaux statistiques, 1864-1875), n° 38. — Femme de 33 ans, opérée le 20 juillet 1871. Kyste mixte ; 18 litres de liquide séreux ; poids du sac, 2150 grammes. Pédicule grêle fixé à l'angle inférieur. Guérison. Mort en 1873 de cancer des parois abdominales.

Obs. XLI. — *Péan*, n° 75. — Femme de 46 ans, opérée le 30 janvier 1873. Kyste mixte ; 18 litres de liquide séreux ; poids du sac, 1900 grammes. Guérison. Mort de cancer abdominal en 1876.

Obs. XLII. — *Péan*, n° 90. — Fille de 19 ans et demi, opérée le 13 août 1873. Kyste en grande partie solide, contenant environ 1 litre de liquide séreux. Poids des parties solides, 9780 grammes. Guérison. Mort l'année suivante de cancer abdominal.

Obs. XLIII. — *Panas.* — Femme de 40 ans. Ovariotomie le 4 août 1870. Kyste multiple proliférant, à contenu gélatineux. Dix-huit mois après les ganglions inguinaux et ilio-lombaires, ceux des aisselles et du cou étaient devenus le siège d'une dégénérescence carcinomateuse. Ils formaient de gros paquets indurés, bosselés et fortement adhérents à la peau, également envahie par la dégénéres-

cence maligne. Les deux mamelles étaient devenues cancéreuses, ainsi que l'omoplate droite, les deux clavicules et divers points de la colonne vertébrale. (Gaz. des hôp., 1871, p. 350 et Soc. de chir., 1874).

Obs. XLIV. — Ovariotomie pour kyste de l'ovaire. Mort un an après de cancer généralisé. (Cas cité par Verneuil, Soc. de chir., 1874.)

Obs. XLV. — *Boinet.* — Jeune fille de 30 ans. Ovariotomie. Kyste uniloculaire de l'ovaire droit, avec tumeur de la grosseur d'un œuf dans les parois du kyste. Guérison radicale. La malade succomba dix-huit mois après à une affection cancéreuse généralisée. (Traité des maladies des ovaires, p. 406.)

Obs. XLVI. — *Boinet.* — Malade, âgée de 30 ans, opérée d'un kyste multiloculaire type, à liquide glaireux. Suites excellentes. Deux ans plus tard, le ventre se développe de nouveau; nouvelle opération, on trouve un cancer du pédicule. (Dict. enc., art. Ovariotomie.)

Obs. XLVII. — *E. Bœckel* (Gaz. méd. de Strasbourg, 1880, n° 6, p. 64). — Femme de 52 ans. Ovariotomie double le 7 août 1879.

Grand kyste de l'ovaire gauche, complètement adhérent à la paroi abdominale. Un second kyste, du volume d'une tête d'adulte, occupait l'ovaire gauche. La guérison s'obtint en quelques jours. Trois mois plus tard, mort résultant d'un sarcome généralisé aux ganglions de l'abdomen.

Autopsie faite douze heures après la mort par le docteur Stilling. Des noyaux innombrables de sarcome (à petites cellules rondes) de toute grandeur parsèment le péritoine pariétal et viscéral. Le côlon transverse est plié en V, dont le sommet est soudé au côté droit du pubis.

Noyaux métastatiques nombreux dans le foie. Une seule masse assez volumineuse de sarcome dans la rate. Dégénérescence sarcomateuse des glandes aortiques et mésentériques. Rien dans les reins, ni dans le cœur, ni dans les poumons.

Obs. XLVIII. — *Terrillon* (Obs. inédite. Voir l'observation complète plus loin). — Jeune femme de 24 ans, opérée le 4 décembre 1882. Kyste multiloculaire ordinaire à parois enveloppantes très

résistantes. La malade sort guérie le 22 janvier 1883. Mort en décembre de tumeur maligne des parois abdominales.

Dans la première série d'observations, on remarquera, avec Pitha et Billroth, que l'on a mentionné certains cas où la tumeur enlevée était un carcinome de l'ovaire : ainsi, il semble que la malade de Spencer Wells, indiquée sous le n° 3, ait été affectée d'un carcinome au moment même de l'ovariotomie, que celle inscrite sous le n° 111 présentait une tumeur maligne ; le cas de Winckel est également suspect ; de même, les deux cas de Klebs, malgré tout leur intérêt, ne sont pas conformes aux autres. Drysdale (*Amer. journ.*, of obs. 1882 ; vol. XV, p. 368) cite les cas de deux malades qui moururent, l'une quatorze mois après l'ovariotomie de cancer du côlon, l'autre six mois après de cancer abdominal généralisé, mais à l'opération on avait constaté un cancer de l'ovaire. Schröder (Berl. Klin. Woch., 1882, p. 237 et 256) parle d'une ovariotomie dans laquelle, au lieu d'un kyste, on enleva une tumeur maligne de l'ovaire gauche ; une récidive dans le péritoine amena la mort six mois après. Dans les cas n°ˢ 232, 312 et 338 de Péan, les femmes ovariotomisées présentaient alors des tumeurs malignes et moururent plus tard d'une récidive. La huitième opérée de Kœberlé, qui avait été affectée de tumeurs cancéreuses des ovaires, a, six mois après leur extirpation et un rétablissement complet, succombé aux suites d'un cancer de la matrice. Enfin, le cas cité par Wagemann, dans sa thèse inaugurale (Ein Fall von adeno-carcinoma ovarii cysticum, Göttingen, 1883) ne rentre pas dans notre sujet, puis-

qu'il s'agit d'une femme affectée de carcinome des deux ovaires, méconnu pendant la vie et qui ne fut pas ovariotomisée. Du vivant de la malade, on avait en effet diagnostiqué un cancer de l'estomac, et à l'autopsie on ne distingua les lésions ovariennes qu'après un examen des plus minutieux. L'observation de Wagemann, dont nous avons remis la traduction à M. Terrillon, est cependant intéressante, car elle montre la difficulté de diagnostiquer les cancers de l'ovaire. Il en est de même du cas d'Ebstein, mentionné dans cette dernière thèse.

Evidemment, nous n'avons pas à nous occuper de ces observations où le diagnostic d'une tumeur cancéreuse fut fait au moment de l'opération, ni même de celles où le kyste était compliqué de cancer ou accompagné d'un carcinome ou d'un sarcome dans une autre région du corps; il n'est pas étonnant qu'il survienne alors une récidive sur place ou à distance, ou que la malade succombe aux progrès de la cachexie cancéreuse.

Ce qui, en effet, constitue tout l'intérêt du problème actuel et en rend la solution difficile, c'est de voir des kystes simples, multiples, proliférants, des kystes de *bonne nature*, après l'intervention chirurgicale, récidiver sur place ou se généraliser, mais *sous une forme différente* de la tumeur primitive, c'est en un mot de voir une tumeur considérée comme bénigne extirpée donner lieu à une affection maligne.

Quelle peut être la cause de cette altération ? Faut-il admettre une simple coïncidence ou un rapport entre les deux affections ?

Il y a peut-être là plus qu'une simple coïncidence,

car il se rencontre bien des points communs dans les diverses observations : identité du kyste primitif, de l'âge des malades, de la cause de la mort et de la période de temps écoulé entre l'opération et le moment fatal. En effet, c'est surtout de 30 *à* 45 *ans* que ces femmes, opérées d'un kyste *simple*, *multiloculaire*, *proliférant* (si nous admettons un tel diagnostic pour les cas de Spencer Wells qui ne l'a pas indiqué dans ses tables), meurent environ *un an* après l'ovariotomie (de six à dix-huit mois, rarement deux et trois ans) d'un cancer sur place ou à distance, ou même généralisé dans plusieurs organes. Du reste, c'est ainsi que paraissent en avoir jugé les auteurs, puisqu'ils semblent avoir écarté cette question de coïncidence, et nous verrons plus loin que MM. Malassez et de Sinéty admettent qu'il n'y a pas un simple rapprochement clinique.

Observons enfin que les accidents cancéreux sont apparus quelquefois chez des jeunes filles opérées d'un kyste, à un âge où d'ordinaire le cancer ne se manifeste pas : Obs. 810 de Spencer Wells (21 ans), mort sept mois après l'opération d'un cancer du poumon ; Obs. 7 de Hutchinson (18 ans), mort six mois après d'une affection maligne du péritoine.

Ces quelques faits, paraissant éloigner toute idée de simple coïncidence, indiquent qu'il faut peut-être chercher dans le kyste même la cause primitive du cancer qui a amené la mort des malades. Nous avons donc maintenant à rechercher si, par sa nature, la structure du kyste autorise une pareille interprétation, ou si les faits observés jusqu'à ce jour nous permettent d'ad-

mettre la greffe d'une cellule malade dans le péritoine, au moment de l'ovariotomie.

Eloignons d'abord cette dernière hypothèse ; les faits ne paraissent pas la rendre admissible. Que la greffe puisse nous permettre de comprendre certains cas de récidive du kyste, c'est là à la vérité une supposition ingénieuse, qui a cependant besoin d'être appuyée par de nouvelles preuves. Mais que la greffe d'une cellule du kyste malade, d'un kyste de bonne nature, prolifère en donnant naissance à du cancer, cela nous paraît plus difficile, d'autant plus qu'elle ne donnerait pas l'explication de ces cancers produits à distance, en une région n'ayant aucun contact avec celle de l'affection primitive. Et d'ailleurs, en admettant cette idée de la greffe, comment se ferait-il que telle cellule, de bonne nature en définitive, dégénérât, chez certaines malades seules, en une cellule maligne ? Il faudrait donc admettre en même temps une autre cause, par exemple la cause générale du cancer, qui nous est encore inconnue.

Nous savons, par le travail de MM. Malassez et de Sinéty (Archives de physiologie), que les grands kystes de l'ovaire sont des néoplasmes de nature épithéliale, des cysto-épithéliomes. Ces auteurs considèrent la surface de l'ovaire comme étant une surface muqueuse et la ressemblance entre la surface ovarienne et celle des muqueuses se poursuit jusque dans les néoformations pathologiques. Une seule particularité les distingue, c'est que, par suite de la conformation spéciale et de la situation de l'ovaire, les néoformations de cet organe

ont une tendance à prendre des développements plus considérables.

Les cysto-épithéliomes de l'ovaire sont de deux natures : les uns, kystes proprement dits, présentent un développement plus actif, soit du stroma, soit des néoformations épithéliales, tubulaires et kystiques, disposées en revêtement, et sont moins sujets à la dégénérescence cancéreuse que les tumeurs kystiques; celles-ci offrent, au milieu d'un tissu conjonctif adulte, un tissu sarcomateux et myxomateux, où les masses épithéliales sont pleines, sans cavité, d'aspect carcinomateux ; vu la plus grande fréquence des néoformations adénoïdes, carcinomateuses ou colloïdes dont elles sont le siège, elles exposent par cela même davantage à ces dégénérescences malignes. Et comme entre ces deux extrêmes on trouve toutes les variétés intermédiaires et des rapports de continuité entre les productions kystiques proprement dites et ces formations épithéliales, il en résulte que la parenté du cancer et du kyste peut *quelquefois* n'être pas un simple rapprochement clinique comme semblent le prouver les cinquante observations rapportées plus haut, mais un fait anatomiquement constaté, un fait qui nous explique jusqu'à un certain point cette transformation en tumeur maligne d'une tumeur bénigne extirpée par l'ovariotomie.

Du reste, l'idée d'une certaine analogie entre le cancer et les kystes de l'ovaire avait déjà été émise par Ledran et Delpech, peut-être même par Bright et Cruveilhier. Ce dernier cependant ne croyait pas dans ces cas à la généralisation du mal.

Quoi qu'il en soit, ce qui ressort des faits apportés par les auteurs et surtout par MM. Malassez et de Sinéty, c'est la grande difficulté d'établir d'une façon exacte, au point de vue histologique, une ligne de démarcation entre les kystes et le cancer de l'ovaire.

C'est donc là, on le voit, qu'il faut chercher l'explication des productions malignes consécutives à l'ovariotomie, mais il y a deux points à considérer.

D'une part, nous voyons des tumeurs kystiques, accompagnées de productions secondaires de nature infectieuse ; ces tumeurs peuvent donc, suivant un processus normal, revêtir l'aspect tout à fait malin et amener ainsi la mort par une cachexie généralisée, ou bien, si l'opération a été pratiquée, récidiver d'une façon ou d'une autre et produire le même dénouement. En réalité, ces cas rentreraient dans la catégorie de ceux pour lesquels nous avons fait une réserve au début de cette discussion, c'est-à-dire que, ayant affaire à des kystes cancéreux, la récidive est un fait naturel.

D'autre part, si nous nous trouvons en présence de grands kystes, des kystes proprement dits, comment une tumeur maligne survient-elle peu de mois après l'ovariotomie? Cherchons l'explication de ce phénomène.

Incontestablement, il y a un certain nombre de kystes qui, au moment même de l'opération, peuvent déjà présenter quelques productions secondaires, peu développées il est vrai, à peine reconnaissables, et les cas rapportés par Wagemann (loc. cit.) prouvent justement la

difficulté de ce diagnostic, puisque, même à l'autopsie, ce n'est qu'après une recherche minutieuse que la lésion fut reconnue ; à plus forte raison le diagnostic eût été impossible, si la tumeur maligne avait eu un moindre développement ou en avait été à ses débuts. Ce sont ces tumeurs qui, l'ovariotomie pratiquée, récidivent ou continuent à se développer, en entraînant des accidents mortels. Ne pourrait-on pas supposer par exemple que chez ces malades la tumeur maligne, arrêtée dans son développement soit par la compression qu'exerce le kyste, soit parce que momentanément le kyste joue le rôle de dérivatif, ne reprend en quelque sorte sa vitalité qu'après la disparition de l'obstacle, c'est-à-dire du kyste ? Ce n'est là qu'une simple hypothèse qui pourrait peut-être nous faire comprendre la rapidité du développement de la tumeur cancéreuse, peu de mois après l'opération, comme dans le cas de M. Terrillon, comme dans la plupart des faits cités. Et, si cette explication n'est pas la vraie, ne peut-on pas supposer que l'opération a été l'occasion du développement rapide de l'affection maligne ?

Quoi qu'il en soit, ces cas rentreraient encore dans la catégorie des kystes cancéreux et de nature à récidiver.

Mais si nous supposons que les kystes n'étaient nullement accompagnés de néoformations, leur structure seule peut-elle nous donner la raison de l'altération consécutive à l'opération ? Si nous nous en rapportons à la théorie que MM. Malassez et de Sinéty ont exposée d'après l'examen histologique des pièces, il pour-

rait en être ainsi ; ces auteurs, en effet, ne nous font-ils pas remarquer qu'en définitive les kystes proprement dits sont de même nature que les tumeurs kystiques, c'est-à-dire de nature épithéliale, et capables d'en revêtir l'aspect aussi bien que d'en avoir la structure, comme semblent le prouver les formes intermédiaires observées et la marche clinique de quelques-unes d'entre elles. D'autre part, s'il est vraisemblable que les cellules épithéliales malades subsistant après l'ovariotomie, irritées par le processus morbide, peuvent proliférer sous forme de cancer, sous l'influence de certaines conditions générales qui nous sont inconnues et grâce à la facilité avec laquelle elles se multiplient, comment se fait-il que, sur la quantité considérable de kystes opérés, la plupart peuvent être ponctionnés, tourmentés, et ne donner lieu à aucun indice d'infection générale? Nous croyons que l'on peut invoquer, pour expliquer la bénignité ou la malignité des kystes, ou bien que ces kystes extirpés, reconnus de bonne nature, ne sont l'origine de tumeurs malignes qu'à la condition que les malades soient elles-mêmes sous l'influence de la diathèse, la disparition du kyste et l'opération elle-même jouant le rôle de causes déterminantes ; ou bien que ces kystes, qui ont été suivis d'une altération cancéreuse, étaient probablement déjà accompagnés de ces néoformations, peu reconnaissables au moment de l'ovariotomie, mais développées plus tard.

Ce qui semblerait faire admettre la prédisposition, c'est que le cancer ne se développe pas toujours sur

place et que l'on a cité des cas de productions malignes à distance.

Bien que les chirurgiens n'aient pas toujours pu suivre leurs malades après l'opération, les cas de tumeur maligne consécutive à l'ovariotomie, on peut l'affirmer, forment une exception ; d'autre part, la diathèse cancéreuse, la clinique le prouve, est une affection fréquente ; nous serions amené ainsi à cette conclusion que le cancer ne se développe chez les ovariotomisées pour kyste que lorsqu'elles se trouvent sous l'influence générale infectieuse ; et même si, avec MM. Malassez et de Sinéty, nous admettons que de par sa nature le kyste peut revêtir, à un certain moment, un caractère malin, ce kyste ne se transformera en tumeur cancéreuse que si la malade est sous le coup de la diathèse. La preuve en est dans le grand nombre de femmes affectées de kystes qui, après l'intervention chirurgicale, ne présentent pas de tels phénomènes pathologiques.

Pour nous donc, des kystes de l'ovaire extirpés peuvent être suivis de cancer ; ce cancer peut prendre naissance de parties restantes de la tumeur primitive, par dégénérescence et prolifération des cellules épithéliales, mais sous condition d'une influence prédisposante générale ; la tumeur maligne peut se développer également à distance et alors on ne peut invoquer que l'influence générale de la diathèse ; elle peut aussi se produire dans les parties voisines du kyste primitif, par le dépôt dans la cavité abdominale, sur le péritoine ou sur les viscères, de cellules épithéliales qui, en se

greffant, pullulent avec une grande rapidité sous forme de cancer, mais encore faut-il ici, comme dans la grande question des tumeurs malignes, en revenir à la loi générale de la prédisposition diathésique.

En résumé, par la discussion des faits observés et des théories émises, nous arrivons à cette conclusion : à la suite de l'ovariotomie, il survient quelquefois une tumeur maligne, la structure seule des kystes ne suffit pas pour expliquer cette altération, il est nécessaire d'invoquer l'influence prédisposante de la diathèse générale.

On comprendra en effet que, malgré les analogies de structure entre les kystes proprement dits, les tumeurs kystiques et certaines tumeurs malignes, dont le diagnostic histologique offre plus d'une difficulté, la nature épithéliale du kyste n'est pas une raison suffisante pour produire du cancer puisque, par exemple, sur 1,000 cas d'ovariotomie, il n'y en a qu'un très faible nombre suivi de dégénérescence cancéreuse.

Il y aurait une constatation intéressante à faire : la recherche des antécédents des opérées au point de vue de la diathèse cancéreuse. Dans la plupart des observations des auteurs, ce fait ne nous paraît pas avoir été indiqué. Ce serait là, en effet, peut-être un élément utile à l'indication ou à la contre-indication de l'ovariotomie, et dans tous les cas un élément de pronostic de l'opération.

L'ovariotomie a donné de trop beaux résultats pour l'abandonner; l'indication sera donc de la pratiquer toutes les fois qu'il y a kyste. Si, en même temps que le

kyste, on constate la présence d'une tumeur maligne peu développée, l'opération pourra encore être utile en facilitant les fonctions organiques. Si la tumeur a pris un grand développement, peut-être devra t-on s'abstenir, puisque nous avons vu, dans un cas de M. Verneuil, une simple ponction, chez une jeune fille, affectée de tumeurs sarcomateuses, être suivie d'une péritonite rapidement mortelle. De même, dans l'observation n° 232 de M. Péan, une jeune femme de 23 ans, opérée d'un cancer kystique, succombait rapidement à la suite de manifestations aiguës du cancer.

Maintenant, si l'on constatait seulement des antécédents diathésiques et si l'on craignait que l'extirpation de la tumeur ne rendît en quelque sorte, pour une cause ou pour une autre, plus rapide et plus facile le développement de la tumeur infectieuse, devra-t-on opérer ?

Il est difficile, vu l'état actuel de la question, de se prononcer ; jusqu'à plus ample informé, il faudra évidemment s'en remettre à la sagesse de l'opérateur, qui, d'après l'examen de la malade, d'après la nature apparente du kyste et la gêne qu'il apporte à l'intégrité des fonctions, d'après l'état général, etc., prendra une décision en connaissance de cause.

Nous terminons cette discussion par la publication d'une observation inédite de M. Terrillon : c'est un cas de kyste multiloculaire, à développement lent, suivi, quatre mois après l'opération, de la production au milieu de la cicatrice d'une tumeur maligne qui fut cause de la mort, un an après l'ovariotomie. Cette observation nous

montre les mêmes analogies que celles dont nous l'avons rapprochée : présence du kyste constaté de nature bénigne, opération, production rapide du cancer, cachexie générale, mort.

Il y a un rapport évident entre l'opération et la production du cancer, mais évidemment aussi ce n'est pas le kyste qui a dégénéré en cancer ; c'est une manifestation de la diathèse cancéreuse, qu'il y ait eu ou non production secondaire maligne à l'époque de l'intervention chirurgicale, celle-ci jouant le rôle de cause déterminante, ou peut-être, en faisant disparaître le kyste, facilitant, pour une raison ou pour une autre, le développement de la tumeur secondaire.

Là donc, comme dans les autres cas, si on peut admettre un rapport entre l'opération et la production cancéreuse, là aussi on doit admettre l'influence diathésique générale ou la présence de néoformations cancéreuses.

Observation inédite, communiquée par M. le Dr Terrillon.

Mme L..., âgée de 24 ans, a été réglée à 13 ans et est accouchée à l'âge de 18 ans.

Trois jours après ses couches, elle fut prise d'une douleur assez vive du côté gauche, s'irradiant vers les reins et accompagnée de vomissements. Cet état dura neuf mois.

Le ventre se développa à partir du mois de janvier 1876 et atteignit en deux mois et demi un volume considérable. Une ponction, faite à cette époque, donna issue à six litres d'un liquide blanc. Il resta néanmoins une masse dure, très marquée surtout à gauche.

Les règles ne sont revenues que six mois après l'accouchement ; elles sont restées régulières, sauf pendant un arrêt de deux mois, en août 1882, et un second de trois mois en octobre

Le ventre se développe considérablement du 27 novembre, jour de l'entrée à la Salpêtrière, jusqu'en décembre ; il prend un volume énorme, surtout dans les parties supérieures, où la tumeur semble s'accroître. Il est très tendu, très résistant ; sa consistance est uniforme et paraît plus notable que dans les cas ordinaires du kyste de l'ovaire.

Matité complète. Fluctuation partielle. Pas de sensation de flot.

Etat général satisfaisant. Un peu de pesanteur dans la région des reins. Mictions un peu plus fréquentes, sans altération des urines.

Une ponction est faite le 1er décembre et fournit sept litres d'un liquide coloré et albumineux.

L'utérus n'est pas remonté et les culs de sac sont libres.

Opération le 4 décembre 1882. Elle dure une heure un quart. On retire environ dix litres de liquide.

La tumeur pesait 5 kilogr. : c'était un kyste multiloculaire ordinaire à parois enveloppantes très résistantes. Il faut noter surtout ici le développement tout particulier de cette tumeur qui remontait jusqu'au diaphragme.

La malade guérit sans accident et sortit le 22 janvier 1883.

Vers le mois d'avril, elle s'aperçoit qu'au milieu de la cicatrice se développe une grosseur violacée et douloureuse.

Un mois après, cette grosseur saillante avait acquis le volume d'une noix et présentait plusieurs petits orifices qui donnaient un liquide séro-sanguinolent.

Elle rentra à la Salpêtrière le 15 mai. Cette masse, d'apparence fongueuse, donnait une assez grande quantité de liquide et le stylet, introduit par un orifice, pénétrait dans une espèce de cavité saignante.

Espérant qu'il ne s'agissait pas là d'une récidive véritable, on fit un débridement de la partie saillante avec le thermo-cautère. On put alors détruire une quantité considérable de bourgeons saillants dans l'intérieur d'une cavité limitée par des parois dures et épaisses. Celle-ci fut nettoyée avec soin jusqu'au tissu résistant, formant la paroi. Pansement à l'eau phéniquée.

La cavité ainsi constituée donna pendant les premiers jours une quantité de liquide considérable. Mais, au lieu de se rétracter comme une plaie ordinaire, les bourgeons reparurent à l'intérieur plus saignants et plus violacés qu'auparavant, et l'induration s'étendit dans l'épaisseur de la paroi abdominale. On eut bientôt la certitude qu'il

s'agissait d'une tumeur maligne, développée dans la cicatrice. Bientôt apparurent des noyaux violacés dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale.

En même temps, la masse primitivement indurée paraît se prolonger dans l'intérieur de l'abdomen. Plusieurs noyaux se développèrent rapidement dans la paroi et augmentèrent d'étendue. Enfin la première masse récidivée, ayant fortement bourgeonné au dehors, s'ulcéra et donna lieu à des hémorrhagies.

La malade éprouvait des souffrances très vives ; cependant la santé générale et l'embonpoint persistèrent pendant longtemps.

Le 15 octobre, la malade demanda à rentrer chez elle. Elle commençait alors à maigrir rapidement et à se cachectiser, ce qui indiquait des troubles profonds de la nutrition.

Au 10 décembre, le médecin de la malade, M. le docteur Rochefort, à qui nous nous étions adressé, a bien voulu nous donner ces renseignements :

L'amaigrissement s'est accru progressivement; il est considérable aujourd'hui. Les vomissements sont fréquents, l'appétit a disparu. La malade éprouve toujours des douleurs abdominales très vives, qui deviennent de plus en plus fortes et ne lui laissent plus de repos.

Le pouls est fréquent, 120 ; la température, 38°5.

La plaie du ventre, la plus étendue, mesure transversalement 14 centimètres, verticalement 5 et 8 centimètres. Les bords sont très épais, bourgeonnés ; ils sont mortifiés à la partie inférieure sur une longueur de 8 centimètres.

La suppuration est sanieuse, fétide, très abondante ; malgré les pansements fréquents et les soins de propreté, la malade est toujours mouillée.

Autour de la plaie centrale existent des tumeurs fongueuses au nombre de sept principales, ayant de 4 à 6 centimètres de diamètre et saignant à chaque pansement.

A gauche, au-dessus de la crête iliaque, on trouve encore un groupe de petites tumeurs de même nature que les précédentes, variant de la grosseur d'un pois à une noisette. Entre ces tumeurs la peau est fortement colorée, en certains points violacée.

De la région inguinale gauche à l'épigastre, le ventre est gros, tendu, entièrement dur ; il semble que l'abdomen, de ce côté, contienne une énorme tumeur qui empiète même sur le côté droit.

Les fonctions intestinales se font régulièrement. L'émission des urines est rendue difficile par la tuméfaction des parties sexuelles qui sont depuis quelque temps très indurées.

Il y a un œdème considérable des membres inférieurs, principalement du côté gauche.

Le 15 décembre, nous apprenions que la malade venait de succomber.

CONCLUSIONS.

Il faut clore cette étude par la présentation de nos conclusions ; ce n'est pas là une tâche facile. Si en effet les unes sont tout simplement l'énoncé des faits constatés, les autres, inspirées par une discussion peut-être trop théorique, manquent de base certaine. Aussi, en donnant ces dernières, avec de grandes réserves, plutôt comme des hypothèses, avons-nous seulement pour but de susciter une nouvelle discussion et de nouvelles recherches. La question est posée depuis quelques années, la solution, nous l'espérons, ne se fera pas attendre.

Résumant notre travail, nous constatons comme suites éloignées de l'ovariotomie les phénomènes ou accidents suivants :

I. — A la suite de l'ovariotomie simple, la menstruation et la conception ne sont pas abolies.

L'abolition de la menstruation et de la conception est la conséquence de l'ovariotomie double et complète. Les autres fonctions physiologiques ne subissent pas de modifications notables : état général bon, pas de développement anormal du système adipeux, ni du système pileux, pas de changement dans le timbre de la voix, etc.

II. — Ainsi qu'on l'a vu par les observations publiées plus haut, on doit faire entrer parmi les suites plus ou moins éloignées de l'ovariotomie : 1° les *hémorrhagies par le pédicule*, devenues plus rares depuis l'emploi de

la méthode intra-péritonéale, n'apportant aucune gêne notable et disparaissant d'elles-mêmes après un certain temps ; 2° la *hernie ventrale* par la cicatrice abdominale, qui peut devenir une infirmité et même causer des accidents ; 3° des *péritonites secondaires*, dont les causes variables sont peu connues ; 4° des *obstructions intestinales*, dues vraisemblablement à des adhérences et quelquefois suivies de *fistule fécale* ; 5° la production d'un kyste dans l'ovaire restant ou dans une autre partie de la cavité abdominale ; la crainte de cette *récidive* ne doit pas être un motif de pratiquer l'ovariotomie double d'emblée, si l'on n'a pas constaté des désordres suffisants pour justifier cette opération.

III. — La *dégénérescence cancéreuse* a été quelquefois constatée à la suite de l'ovariotomie; les cas cités sont relativement peu nombreux (2 pour 100 ?) ; cette dégénérescence ne nous paraît pas être le résultat de la structure du kyste, mais bien de la diathèse cancéreuse générale, qui peut avoir déjà produit, au moment de l'opération, des néoformations difficiles à diagnostiquer. Il paraît exister un certain rapport entre l'ovariotomie et la production cancéreuse : l'opération agit peut-être comme cause déterminante ; l'extirpation du kyste, mettant obstacle au développement des néoplasmes, sous l'influence de causes générales et locales qu'il reste à spécifier, favorise peut-être le processus de ces tumeurs malignes en faisant disparaître les causes d'arrêt dans leur développement.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie. — Structure et développement des os.

Physiologie. — Du sperme.

Physique. — Des leviers, application à la mécanique animale.

Chimie. — De l'isomorphisme, de l'isomérie et du polymorphisme.

Histoire naturelle.— Etude comparée du sang, du lait, de l'urine et de la bile dans la série animale, procédés suivis pour analyser ces liquides.

Pathologie externe.—Anatomie pathologique des anévrysmes.

Pathologie interne. — Des complications de la rougeole.

Pathologie générale. — Des kystes.

Médecine opératoire. — Des différents procédés de réduction des luxations de l'épaule.

Pharmacologie. — Quelle est la composition des sucs végétaux ? Quels sont les procédés le plus souvent employés pour les extraire, les clarifier et les conserver ? Qu'entend-on par sucs extractifs, acides sucrés, huileux, résineux ou lacteux ? Quelles sont les formes sous lesquelles on les emploie en médecine ?

Thérapeutique. — Des sources principales auxquelles se puisent les indications thérapeutiques.

Hygiène. — Du tempérament.

Médecine légale. — Exposer les différents modes d'extraction et de séparation des matières organiques pour la recherche des poisons.

Accouchements. — Du bassin à l'état osseux.

Vu : le président de la thèse
VERNEUIL.

Vu bon et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GREARD.


IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MEDECINE